

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči



Bc. Radka Pšenická

Rodinný příslušník pacienta v prostředí intenzivní péče

The family member of patient within intensive care

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková

Praha, 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30. 04. 2015.

RADKA PŠENICOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

PŠENICOVÁ, Radka. Rodinný příslušník pacienta v prostředí intenzivní péče. [The family member of patient within intensive care]. Praha, 2015. 95 s., 9 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Vaňková, Milena.

ABSTRAKT

Obor intenzivní a resuscitační péče se zabývá akutními stavy všech medicínských oborů a celým věkovým spektrem věku dospělého jedince. Prostředí má svá specifika a odlišnosti, které spoluurčují a determinují charakter nejen komunikace zdravotníků, sester s rodinami hospitalizovaných pacientů, ale celkové kvality spolupráce sester s příbuznými. V české odborné literatuře z oblasti intenzivní péče bylo k této problematice publikováno doposud minimum odborných prací.

Cílem práce je zmapovat pohled nelékařského zdravotnického personálu zastoupeného sestrami na proces komunikace a vzájemné spolupráce s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče.

Empirická část práce je zpracována formou kvalitativního výzkumu metodou polostrukturovaných interview se sestrami z pracovišť intenzivní a resuscitační péče.

Provedeným výzkumem se dospělo k zjištění nedostatečné profesionální připravenosti sester v oblastech komunikace a strategii přístupu k rodinám pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče. Palčivou oblastí je z pohledu sester také minimum informačních zdrojů, které by rodinám hospitalizovaných pacientů umožnily lépe se orientovat v prostředí intenzivní a resuscitační péče.

Výstupem práce je návrh informační brožury, která byla vytvořena s ohledem na názory sester, s cílem zlepšení spolupráce zdravotnického týmu s rodinami pacientů, a samotným rodinám pacientů pak usnadnění adaptace v prostředí intenzivní a resuscitační péče.

Klíčová slova: etika, intenzivní péče, komunikace, pacient, rodinný příslušník, všeobecná sestra, strategie přístupu, vzájemná spolupráce

ABSTRACT

The specialty of Intensive Care deals with acute conditions from all medical branches within the entire age spectrum of adults. This field has its own distinctive characteristics, which determine the character of not only medical personnel communication with families of hospitalized patients, but the overall quality of nurses' cooperation with relatives. In Czech professional literature in the area of intensive care there is minimum publications on this issue up to date.

The task of the current thesis is to map a view of paramedical staff (nurses) on the process of communication and cooperation with family members of patients hospitalized in the intensive care units.

The empirical part of the research is processed as a qualitative research by the method of semistructured interviews with nurses from the Intensive Care workplaces.

As the result of this work we found inadequate professional readiness of nurses in the fields of communication strategy and approach to the families of patients hospitalized in the intensive care environment. The weak point in this area from the nurse's position is also minimum of information sources that would allow families of hospitalized patients to understand the environment of intensive care and resuscitation better.

The output of the work is the creation of an information brochure which was elaborated with regard to the views of nurses in order to improve health care team collaboration with patient's families and to improve patients families adaptation to the environment of intensive care and resuscitation departments.

Keywords: ethics, intensive care, communication, patient, family member, nurse, access strategy, mutual cooperation

Poděkování

Touto cestou bych ráda vyjádřila srdečné poděkování vedoucí mé diplomové práce Mgr. Mileně Vaňkové, za odborné vedení, cenné rady, vstřícnost a věnovaný čas.

Dále patří mé poděkování všem účastníkům výzkumu za jejich ochotu a spolupráci.

OBSAH

1 Úvod.....	9
2 Intenzivní péče.....	10
2.1 Vývoj a specifika oboru intenzivní péče	10
2.2 Členění pracovišť intenzivní péče	10
2.2.1 Uspořádání a vybavení oddělení intenzivní péče	10
2.3 Funkce sester na oddělení intenzivní péče	11
2.4 Vzdělání sester v intenzivní péči	11
3 Rodinný příslušník v prostředí intenzivní péče.....	13
3.1 Definice a funkce rodiny	13
3.1.1 Funkce rodiny	14
3.2 Rodina a její význam pro pacienta	14
3.2.1 Reakce rodiny na hospitalizaci pacienta v intenzivní péči	14
3.3 Potřeby rodinných příslušníků pacientů v intenzivní péči.....	15
3.3.1 Problematika naplnění potřeb příbuzných v intenzivní péči	17
3.3.2 Hodnotící nástroje ke zjišťování potřeb rodinných příslušníků.....	18
4 Komunikace a strategie přístupu k rodinám hospitalizovaných pacientů	20
4.1 Obecná charakteristika komunikace	20
4.1.1 Efektivní komunikace	20
4.1.2 Bariéry v komunikaci.....	21
4.2 Komunikace s rodinou pacienta v intenzivní péči.....	22
4.2.1 Role sestry v komunikaci s příbuznými pacientů intenzivní péče.....	23
4.2.2 Sdělování nepříznivých zpráv	25
4.2.3 Reakce příbuzných na sdělení nepříznivé zprávy	25
4.2.4 Komunikace s pozůstalými	27
5 Poskytování informací a ochrana soukromí pacienta v intenzivní péči.....	28
5.1 Povinná mlčenlivost	29
5.1.1 Informovaný souhlas.....	30
5.1.2 Poskytování informací po telefonu nebo e-mailem	30
6 Review k tématu: Rodinný příslušník v prostředí intenzivní péče.....	31
7 Výzkumná část	38

7.1	Základní rámec kvalitativního přístupu	38
7.1.1	Stanovení výzkumných otázek a cílů práce	38
7.1.2	Charakteristika informantů	40
7.1.3	Metoda sběru dat	40
7.1.4	Pilotní studie	41
7.1.5	Vyvozování závěrů	41
7.1.6	Analýza dat	41
7.1.7	Interpretace dat – výpovědi informantek	43
8	Diskuse	69
9	Závěr.....	74
10	Seznam použité literatury:	75

Přílohy

1 Úvod

Intenzivní medicína je relativně mladý obor, který provádí diagnostiku a léčení pacientů s vážnými akutními onemocněními a stavy, které ohrožují zdraví. Pracovníci anesteziologicko - resuscitačního oddělení se snaží u svých nemocných co nejvíce přispět k obnovení předchozího zdravotního stavu, kvality života a jsou si vědomi nejistoty přes svou intenzivní snahu a léčení, co do příznivého výsledku.

Z charakteristiky oboru intenzivní medicíny vyplývají kromě odborných dovedností, farmakoterapeutických intervencí také specifické rysy komunikace. Komunikace je ovlivněna tím, že lékař a další zdravotnický pracovník vidí pacienta většinou poprvé a v situaci, která se může téměř vždy hodnotit jako kritická. Pacienti jsou ve stavech, kdy se mnohdy sami komunikace účastnit nemohou a tak se do popředí dostává nejbližší rodina pacienta. Ta může přispět cennými informacemi v souvislosti se zdravotním stavem pacienta a být nápomocná v samotné léčbě, neboť moderní ošetrovatelství pohlíží na pacienta jako na bio - psycho - sociální bytost, kde členové rodiny bezpochyby patří. Rodina musí být zahrnuta do léčebného plánu jako zásadní podpůrný systém pro každého jednotlivého pacienta.

Návštěva rodinného příslušníka jakožto člena právem se zapojujícího do péče vyžaduje co nejlepší strategii přístupu, profesionální komunikaci a vzájemnou sociální interakci navozenou ze strany zdravotnických pracovníků. Je třeba si uvědomit, že blízké osoby procházejí v tomto kritickém období pocity zmatku, nejistoty, bezmoci, vyčerpání a celou řadou dalších nepříznivých reakcí. Samotný název intenzivních jednotek spolu s pohledem na prostředí intenzivních lůžek je pro mnohé velmi stresující.

Ve své diplomové práci se budu zabývat problematikou zapojení příbuzných pacienta hospitalizovaného na oddělení intenzivní a resuscitační péče do procesů komunikace a vzájemné spolupráce z pohledu všeobecných sester. Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou.

Teoretická část práce úvodem specifikuje prostředí intenzivní péče, jeho vývoj, členění včetně aktuálního systému vzdělávání sester v intenzivní péči. Hluběji specifikuje rodinu jako takovou, její potřeby, bariéry v naplnění potřeb a fáze při vyrovnávání se s náročnými životními situacemi v souvislosti se zdravotním stavem blízkého člena rodiny. Ke kvalitní spolupráci s rodinami pacientů je nutná profesionální komunikace a strategie přístupu zdravotnického personálu, kterému se věnuje další část teoretické práce. Závěr kapitoly se zabývá problematikou poskytování informací o zdravotním stavu v souvislosti s ochranou soukromí pacienta.

Empirická část práce popisuje výsledky kvalitativního výzkumu prováděného metodou polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími v prostředí intenzivní péče.

2 Intenzivní péče

2.1 Vývoj a specifika oboru intenzivní péče

Specializace intenzivní péče vznikala v kontextu rychlého přístrojového rozvoje medicíny a tradiční náplní je v ní na prvním místě: „*boj o přežití*.“ (Rusinová, 2010, str. 173)

Obor intenzivní medicíny se vyvinul na základě zkušeností z oddělení pooperační péče a z nutné potřeby speciální péče o pacienty se selháváním ventilace. Zejména v 60. letech proběhl rychlý rozvoj intenzivní medicíny také v České republice. V následujících letech se pak odehrávalo prohlubování systematiky a znalosti v oboru. (Ševčík, 2014)

V roce 1958 bylo v Plzni založeno anesteziologické oddělení MUDr. Jiřím Minářem, CSc. V Plzni pak v roce 1988 byla zřízena anesteziologicko - resuscitační klinika. Na sklonu roku 1994 byl v Plzni otevřen urgentní příjem (Emergency), jako jeden z prvních v republice. (Kasal, 2006)

Ve Spojených státech se specializovaná péče o kriticky nemocné pacienty začala taktéž rozvíjet od roku 1958. První jednotka intenzivní péče byla otevřena v Baltimore, Maryland. (Sheaffer, 2010)

Pracoviště intenzivní péče je svou charakteristikou určeno pacientům s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. Pacienti jsou na jednotky intenzivní péče přijímáni většinou z důvodu náhlého a neočekávaného. Jsou to pacienti s celou řadou onemocnění a to jak interní, tak chirurgické povahy. Je zde úzká návaznost na záchrannou službu, kdy část pacientů je přijímána přímo z terénu. Jedná se o stavy po úspěšné resuscitaci pro zástavu oběhu, srdeční selhání, plicní embolie, těžké plicní záněty, intoxikace. Další velkou skupinu tvoří pacienti po velkých operacích, jejichž stav se zkomplikoval během hospitalizace na jiných odděleních a je třeba stabilizovat jejich dýchání, krevní oběh či nahradit funkci ledvin. (Kapounová, 2007 - Nováček, 2011)

2.2 Členění pracovišť intenzivní péče

Od roku 1997 se pracoviště intenzivní medicíny dělí tak jak bylo navrženo ve stejném roce asociací ESICM (European society of intensive care medicine). Dle úrovně poskytující péče do tří typů, které se diferencuje podle rozsahu péče a léčby, podle aktuálního zdravotního stavu pacienta, vzhledem k závažnosti jeho diagnózy následovně:

- *Úroveň I (nejnižší):* Pacienti vyžadující kontinuální monitorování a případně farmakologickou či přístrojovou intervenci (neinvazivní ventilaci).
- *Úroveň II (střední):* Pacienti často s hrozícím nebo již selhávajícím jedním orgánovým systémem. Vyžadující farmakologickou intervenci, umělou plicní ventilaci, očišťovací metody.
- *Úroveň III (nejvyšší):* Pacienti s život ohrožujícím multiorgánovým selháním. Pacienti jsou závislí na farmakologické intervenci, přístrojové technice, nutností je mnohdy hemodynamická podpora, umělá plicní ventilace, očišťovací metody. (Ševčík 2014)

2.2.1 Uspořádání a vybavení oddělení intenzivní péče

Oddělení intenzivní péče jsou od ostatních částí zdravotnického zařízení oddělena hygienickým filtrem, který slouží jako bariéra proti zanesení infekce zvenjšku, zde jsou také k dispozici ochranné pomůcky pro návštěvy pacientů, nejčastěji ochranné návleky na obuv, empír a dezinfekce k hygieně rukou. Pracoviště intenzivní medicíny tvoří šatna personálu, prostory pro hygienu

personálu, příjmová místnost. Zvlášť oddělený prostor pracoviště intenzivní medicíny se skládá z prostoru pro pacienty a stanoviště sester. Samotný prostor pro pacienty je stavebně členěn na otevřený systém, uzavřený systém nebo na kombinovaný systém. V otevřeném systému jsou lůžka pacientů umístěna ve velkém sálu a jednotlivá lůžka jsou od sebe oddělena jen závěsy. Výhoda tohoto systému lůžek spočívá v nižších nákladech na stavební, přístrojové, materiální i personální vybavení, ale i v usnadnění ošetrovatelské péče. Nevýhodou je velké riziko přenosu infekce mezi jednotlivými pacienty. Při poloboxovém systému jsou v jedné místnosti umístěni 2 - 3 pacienti. Boxový systém je nejvýhodnější stavební uspořádání především v rámci boje proti nozokomiálním nákazám, protože jeden box slouží pro umístění jednoho pacienta. Na jednoboxový systém jsou přednostně umísťováni pacienti s vyšším rizikem přenosu infekce. Na některých odděleních intenzivní medicíny se lze setkat s kombinací sálového a boxového systému. Přístrojové a materiální vybavení oddělení intenzivní péče se liší dle oborového zaměření a v závislosti na stupni intenzivní péče. (Pokorný, 2004)

2.3 Funkce sester na oddělení intenzivní péče

Koncepce ošetrovatelství definuje ošetrovatelství jako: „*soubor činností prováděných sestrou, která pomáhá jednotlivci, rodině a komunitě, aby byli schopni udržet své zdraví a pečovat o psychickou a fyzickou pohodu.*“ (Věstník MZ ČR, č. 9/2004)

Profesionální funkce sestry se v moderním ošetrovatelství rozšířily. Dnešní ošetrovatelství nastoluje sestrám nové role založené na spolupráci s jednotlivcem, rodinou a komunitou.

Tak jak uvádí Ševčík (2014) je ošetrovatelství v intenzivní péči zaměřené na pacienty bezprostředně ohrožené na životě a plně závislé na ošetrovatelské péči.

Sestra zde nese zodpovědnost za konkrétního pacienta a rozsah jejích činností je velmi široký. Od vysoce specializované péče o pacienty s podporou či náhradou základních životních funkcí přes intenzivní sledování a monitorování životních funkcí pacienta k péči o dýchací cesty, následné komunikaci s pacienty na umělé plicní ventilaci až po technickou přípravu diagnostických a léčebných systémů. Sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko - resuscitační, intenzivní péče a akutního příjmu, vykonává činnosti upravované vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (Ševčík, 2014, str. 12, MZ ČR vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků)

Povinnosti a zodpovědnosti sester podle Čížkové (2010) jsou následující:

- „ochrana zájmu pacienta a jeho rodiny,
- klinické hodnocení s využitím kritického myšlení,
- schopnost ošetrovatelských dovedností,
- spolupráce s multidisciplinárním týmem,
- schopnost porozumění a pochopení kulturních odlišností,
- poskytnutí rady a poučení pacientovi a jeho rodině.“ (Čížková, 2010, str. 10)

Tyto role se také shodují s činnostmi sestry se specializovanou způsobilostí v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči.

2.4 Vzdělání sester v intenzivní péči

Již před čtyřiceti lety bylo zřejmé, že výkon povolání sestry pracující v intenzivní medicíně vyžaduje odborné vzdělání.

V roce 1972 bylo v České republice zahájeno pomaturitní specializační studium v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní terapie. (Ševčík, 2014)

Do roku 2006 byly realizovány tři typy specializačního vzdělávání – anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče, specializační vzdělání v oboru intenzivní péče a vzdělávání v oboru intenzivní péče v nefrologii.

Od roku 2010 jsou typy specializačního vzdělávání v oboru intenzivní péče při Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně sjednoceny s vymezením odbornosti specialistiky – sestra pro intenzivní péči. (Ševčík, 2014 - zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povoláních a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů).

Jak popisuje Ševčík (2014) je pravdou, že vlivem rychlé dynamiky oboru intenzivní medicíny s vysokou ekonomickou náročností, širokou mírou odborných informací nutno mít vysokoškolsky vzdělané sestry specialistiky v oboru intenzivní péče.

Vzdělání všeobecné sestry po absolvování střední odborné školy ukončené maturitou je možné získat v terciární sféře absolvováním kvalifikačního vzdělání na vyšší (VOŠ) nebo vysoké škole (VŠ). Absolventi bakalářského studijního programu všeobecná sestra a zdravotnický záchranář mají dále pak možnost dvouletým navazujícím magisterským studiem oboru intenzivní péče získat plnohodnotným programem specializační vzdělání intenzivní péče. (Kapounová, 2007 - Ševčík, 2014 - Zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

3 Rodinný příslušník v prostředí intenzivní péče

Pro moderní medicínské uvažování, tedy medicínu lege artis je příznačný **bio - eko - psycho - sociální přístup**. Pro člověka to především znamená sociální prostředí s ústředním vlivem rodiny. V zásadě tedy platí, že pacientem není výlučně pacient, tedy nositel potíží, symptomů, nemoci, ale rodina jako celek. Je to dáno tím, že lidský jedinec od svého narození až do smrti je členem lidského společenství, jehož významnou součástí je na prvním místě nejmenší sociální jednotka – rodina. Rodina jakožto systém se průběžně vyvíjí a mění. Tato schopnost transformace a vývoje je pro ni charakteristická. Příznačná je pro rodinu také selektivní otevřenost k okolí a interakce se světem mimo rodinu. Má také typické pravidla a řád, které zaručují její funkčnost. (Vymětal, 2003)

3.1 Definice a funkce rodiny

Tak jak uvádí Zatloukal (2013) lze rodinu zhruba od roku 1800 vidět v podobě, jaká je známa dnes. V předmoderní Evropě se manželství uzavíralo z majetkových důvodů, poté se týkalo výchovy dětí a končilo láskou. Naproti tomu dnešní svět začíná manželstvím, pokračuje výchovou dětí a nezdědka končí majetkovými spory a to v době, kdy je láska již dávno zapomenutá. (Zatloukal, 2013)

Existuje nepřeberné množství definic pojmu rodiny podle oborů a odborníků, kteří se touto tematikou zabývají.

Zatloukal (2013) definuje rodinu jako: „*institucionalizovaná bio-psycho-sociální skupina, vytvořená přinejmenším ze dvou členů odlišného pohlaví, mezi nimiž neexistují pokrevní pouta, a jejich dětí.*“ (Zatloukal, 2013, str. 35)

Podle Hartla a Hartlové (in Jarošová, 2007) je rodina: „*univerzální skupinou, kde probíhají významné sociálně psychologické jevy v životě jedince, umožňuje mu vytvořit důvěru v sebe, motivačně volné charakteristiky, postoj k sobě samému a pevné sociální vazby emocionálně opěťovaných vztahů.*“ (Jarošová, 2007, str. 49)

Vymětal (2003) definuje rodinu jako: „*dynamický systém usilující o aktivní rovnováhu, tedy o přizpůsobení prostřednictvím zásahů do okolního světa, což se uskutečňuje zvláště komunikací.*“ (Vymětal, 2003, str. 90)

Jarošová (2007, s. 49-50) popsala pět stěžejních atributů pojetí rodiny:

1. „rodina je jednotka nebo systém,
2. rodinní příslušníci mohou, a nemusí udržovat vzájemné vztahy, a mohou či nemusí žít společně,
3. jednotka může nebo nemusí zahrnovat děti,
4. mezi rodinnými příslušníky jsou určité závazky a vztahy s povinnostmi v budoucnu,
5. pečovatelská funkce rodiny je založena na ochraně, výživě a socializaci příslušníků dané jednotky.“

3.1.1 Funkce rodiny

Většina autorů, zabývajících se problematikou rodin z pohledu jejich funkce, zrovna tak jako např. Zatloukalem (2013, str. 43), Vymětalem (2003, str. 91), jsou uváděny čtyři následující funkce rodiny:

1. *„Reprodukční – slouží k udržování lidského druhu*
2. *Ekonomicko – zabezpečovací jednotka může nebo nemusí zahrnovat děti,*
3. *Socializačně – výchovná – jde především o poskytnutí výchovy a vzdělání*
4. *Citově intimní – rodina poskytuje všem svým členům pocit jistoty, zázemí, důvěru a vědomí sounáležitosti.“*

3.2 Rodina a její význam pro pacienta

Rodina je sociální skupina, která zahrnuje složky spojené s péčí o zdraví, jeho podporu i záchranu. V dřívější době probíhala péče o nemocné členy rodiny, kteří z různých důvodů ztratili schopnost se o sebe postarat v domácím prostředí. Během postupného vývoje se rodina jako centrum péče dostala do pozadí. Zodpovědnost v péči o zdraví se přenesla na zdravotnická zařízení. Ochota rodinných příslušníků pečovat o nemocné se snižuje, ale měnící se podmínky pozměňují charakter a možnosti rodin v poskytování péče o své blízké. (Bártlová, 2005 - Zacharová, 2007)

Přestože se úloha rodiny historickým vývojem změnila, jsou dle Kapounové (2007) funkce rodiny stále nenahraditelné. Rodina pacienta poskytuje cenné informace zdravotnickému týmu, a přímo se podílí na péči o pacienta psychickou a fyzickou podporou, ochranou nemocného, přípravou domácího prostředí nebo zajištěním jiné potřebné péče. Rodina pacienta má většinou zájem přispět k uzdravení či zlepšení kvality života a podílet se na péči o svého blízkého. (Kapounová, 2007)

3.2.1 Reakce rodiny na hospitalizaci pacienta v intenzivní péči

Jakákoliv závažnější nemoc nepostihne pouze jedince, ale ovlivní život minimálně celé rodině. Je to zátěž, která změní díky aktuální situaci mnohé aspekty, na nichž závisí další rozvoj vztahů této skupiny. Pod vlivem takových změn způsobených chorobou se mění postavení nemocného a stejně tak i postoj a role členů rodiny, jejich životní styl, hodnoty, normy. Náhle vzniklá zátěž je také zkouška rodinné soudružnosti – buď ji posílí, nebo vede k jejímu rozpadu. Péče o nemocného je uplatňována emocionálně i rozumově, citovým vztahem i vědomím povinnosti. Při zjištění závažnosti stavu blízkého člena rodiny se u členů rodiny objevuje popírání, které neznamena jen emoční obranu jednotlivých členů rodiny, ale vyjadřuje i potřebu chránit nemocného. Blízká osoba funguje v danou chvíli jako psycholog, snaží se pacienta utěšit a naleznout optimismus. Zjištění nemoci u blízkého vyvolá v rodině negativní emoce, navozuje deprese, pocity bezmocnosti a někdy i pocity viny. Rodinní příslušníci reagují úzkostí a strachem z budoucnosti. Mohou reagovat různě, mohou být nadměrně aktivní, ale i rezignovaní. Chování členů rodiny je projevem potřeby něco účelného udělat, přestože efektivita úsilí je často velmi malá. (Bártlová, 2005)

Občas mají rodinní příslušníci tendenci najít žádoucí řešení za každou cenu. Mnohdy je dokonce provázeno pocitem viny, selháním nebo vědomím reálného podílení se na nemoci vlivem dlouhodobého přetěžování člena rodiny. Za každé situace nastává narušení rovnováhy rodinného života, a čím nemoc déle trvá, tím se rodina musí přizpůsobit a vytvořit rovnováhu novou. (Zacharová, 2007)

Dle Bártlové (2005) a Vágnerové (2004) probíhá náročné zvládání situace ze stran rodiny u stavů, které vznikly náhle, neočekávaně. Relativně nejhůře se zvládají taktéž náhlá zhoršení stavu po operacích nebo situace spojené s nově vzniklým onemocněním, které komplikují původní chorobu.

Kontakt s těžce nemocným je náročný i pro zdravé lidi. Jeho choroba může mnohým připomínat vlastní zranitelnost. Zátěží je i vynucená změna životního stylu rodiny. Zdravý člověk začne žít ve vazbě na přítomnost a potřeby nemocného, omezí své osobní uspokojení a plány. Závažná nemoc blízkého člověka se může stát mezníkem, který bude oddělovat idealizovaný minulý život od současnosti a budoucnosti, která začne být hodnocena negativně. Rodinní příslušníci v souvislosti s hospitalizací blízkého člena rodiny prožívají pocity vyčerpání, dezorientace, bezmoci a zoufalství. Počáteční šok při zjištění faktu, že je člen rodiny hospitalizován na jednotce intenzivní nebo resuscitační péče postupem zaniká, a rodina se stále více vyčerpává po dnech strávených s pacientem v nemocničním prostředí a nocí bez kvalitního spánku. Rodiny pociťují bezmoc a zoufalství především z důvodu stresujícího prostředí intenzivní péče a snahy pochopit zdravotní stav svého blízkého. (Bijttebier, 2001 - Vágnerová, 2004)

Dle Šerfelové (2011) rodiny pacientů pociťují jako hlavní problém v souvislosti s návštěvami blízkého hospitalizovaného v prostředí intenzivní jednotky, nedostatek poskytnutých informací, změny v zaběhnutém způsobu života, konflikty v rodině, změny rolí mezi rodinnými příslušníky, přerozdělování úloh v rodině, změny společenských rolí.

3.3 Potřeby rodinných příslušníků pacientů v intenzivní péči

Lidskou potřebu lze charakterizovat jako dynamickou sílu, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. (Šamánková, 2011)

Potřeby nemocných byly brány v potaz již v minulém století jako nutný a ošetrovatelský problém. Profesor Pacovský (in Bártlová 1976) definoval potřeby takto: „*z hlediska nemocného je adekvátní taková péče, při níž se sám cítí dobře, má pocit uspokojení potřeb, pocit bezpečí a sympatické odezvy.*“ (Bártlová, 1976, str. 20)

Pro samotného pacienta, tak i pro rodinného příslušníka rodiny platí, že základní potřeby jsou všem společné, i když způsoby jejich uspokojování mohou být různé. V nemoci se výrazně mění nejen pro samotného pacienta, ale také pro jeho nejbližší.

Bártlová (2005) rozčlenila potřeby:

Potřeby, které se nemocí nemění – jsou potřeby, které jsou stálé a řadí se mezi ně potřeby spánku, odpočinku, vzduchu, výživy, vyprazdňování, pocitu bezpečí a pohodlí.

Potřeby, které se nemocí modifikovaly – nejsložitější skupina potřeb. Jsou velmi individuální a variabilní především dle druhu, závažnosti a fáze onemocnění. Nejvíce se v nemocnici pro pacienta redukuje potřeby sociální. Proto je třeba vést aktivní zapojení příbuzných pacienta. Stejně tak pokud je pacient při vědomí, nechce být pasivním objektem péče a chce se na uzdravení aktivně spolupodílet.

Potřeby, které s nemocí vznikly – důležitost těchto potřeb pramení z priorit pacienta. Naléhavá je potřeba navrácení zdraví, tlumení bolesti a potřeba obnovení či udržení funkce. Tyto potřeby závisí na osobnosti pacienta, průběhu, charakteru a stupni závažnosti nemoci.

Skutečnost, že předmětem péče sestry jsou bezprostřední potřeby pacientů jen utvrzuje, že je nutné znát, v jaké podobě se potřeby objevují nejčastěji a zda jsou projevem určité obecnější podstaty.

Jakmile sestra bude mít znalost obecných zákonitostí, zvýší se předpoklad, že bude moci kvalifikovaně reagovat. (Bártlová, 2005)

Podle Šamánkové (2011) se správné chápání a posuzování potřeb ze stran zdravotníků projeví:

- „*pravidelným hodnocením problémů a priorit,*
 - *posuzováním měnících se potřeb,*
 - *edukací pacienta a jeho rodiny je – li to třeba,*
 - *snažit se o to, aby pacient a jeho rodina pochopila podstatu nemoci,*
 - *napomoci pacientovi a jeho rodině v orientaci v nastalé situaci,*
 - *napomoci pacientovi a jeho rodině v hledání nových cílů a přijetí faktu nemoci.“*
- (Šamánková, 2011, str. 68)

Zdravotnický pracovník, který je v nejužším kontaktu s příbuznými pacientů, tedy nejčastěji zdravotní sestra, by měl dle své odborné připravenosti, morální úrovně a asertivního jednání rozpoznat potřeby jedinců. V každé situaci v uspokojování potřeb je důležitá komunikační dovednost poskytovatele a příjemce. Podstatné je:

- dodržovat obecné zásady rozhovoru,
- dodržovat osobní, sociální zónu a naslouchat tomu, co nám člověk říká,
- respektovat autonomii jedince a dodržovat komunikační přestávky je-li to nutné,
- nepředávat získané informace bez souhlasu jedince. (Šamánková, 2011)

Dostatečná znalost problematiky lidských potřeb zajišťuje sestrám základní předpoklad pro úspěšnou realizaci individuální ošetrovatelské péče. Maslowova pyramida potřeb, kterou znázorňuje obrázek č. 1, pomáhá sestrám se snadněji orientovat v lidských potřebách. (Černá, 2000)

Obrázek č. 1 Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: volně upraveno autorkou práce

Trachtová (2005) rozčlenila potřebu jistoty a bezpečí na několik dílčích potřeb, mezi nimiž jsou nejen pro pacienta hospitalizovaného na oddělení intenzivní péče, ale současně také pro jeho rodinné příslušníky společné aktuální potřeby jako např.: „*potřeba vyhnout se ohrožení, potřeba důvěry, potřebu informací a orientace a potřebu naděje a víry, jež sestra napomáhá uspokojovat,*

jež sestra ve spolupráci s ostatními členy multidisciplinárního týmu naplňuje.“ Trachtová (2005, str. 141)

Potřeby hospitalizovaného pacienta a jeho rodinného příslušníka se budou jistě lišit také dle charakteristiky oboru intenzivní péče, ve které je pacient hospitalizován. Odlišné budou potřeby pacienta hospitalizovaného na anesteziologicko - resuscitačním oddělení ve srovnání s pacientem hospitalizovaným například na oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče.

3.3.1 Problematika naplnění potřeb příbuzných v intenzivní péči

Řada studií v zahraničí, především v USA, zkoumá sociální, psychologické a finanční dopady související s hospitalizací pacienta v prostředí intenzivní péče. (Sheaffer, 2010)

Studie se zaměřením na potřeby a dopady rodinných příslušníků těchto pacientů jsou zkoumány a popisovány v menší míře, avšak stále v dostatečném množství se srovnáním s Českou republikou nebo zeměmi Evropské unie.

Bylo prokázáno, že u členů rodiny se vyskytuje pocit tísně, stresu a beznaděje, podobně jako u pacienta samotného a někdy dokonce dochází k větší hladině úzkosti než u pacienta samotného, protože pacienti jsou často v bezvědomí a neuvědomují si svůj zdravotní stav na rozdíl od rodinných příslušníků. (Kotkamp, 2005)

Kristjanson (2005) rozlišuje čtyři hlavní kategorie potřeb rodinných příslušníků:

- „*potřeby v souvislosti s pacientovým komfortem*
- *potřeby informací*
- *potřeby praktické péče*
- *potřeby emocionální podpory.*“ (Kristjanson in Heřmanová, 2005, str. 221 – 229)

Šamánková (2011) se hlouběji věnovala krokům, kterými lze dosáhnout lepší adaptace a orientace rodinných příslušníků v prostředí intenzivní péče. Stanovila čtyři základní prvky, které k tomu bezpochyby přispějí.

1. Rodinní příslušníci, navštěvující své blízké v prostředí intenzivní péče, cítí deficit v potřebě jistoty a bezpečí. Deficit vzniká následkem strachu o blízkého člověka, vstupem na dosud neznámé prostředí a kontaktem se zdravotnickým týmem, pro rodinu tedy kontaktem s neznámými lidmi. Pro saturaci potřeby jistoty a bezpečí na straně příbuzných je nutné rodinu dostatečně informovat o režimu a domácím řádu oddělení, zdravotním stavu pacienta a možnostech jak mu pomoci

2. Je vhodné rodinu informovat o časových intervalech, kdy jsou návštěvy u lůžka nemocného nejvhodnější. Snažit se, pokud je to možné, vyjít vstříc i návštěvám mimo doporučenou návštěvní dobu. Informovat o pravidlech návštěv jako je ochranný oděv, dezinfekce rukou před a po návštěvě.

3. Informace o zdravotním stavu podává vždy lékař a to blízkému příbuznému pacienta. Pokud pacient v informovaném souhlasu uvedl svůj nesouhlas s podáváním informací, je nutno to respektovat.

4. Sestra poskytuje rodině pacienta informace o léčebném režimu. Při první návštěvě rodiny na jednotce intenzivní péče je vhodné rodinu seznámit s chodem oddělení, množstvím přístrojů, alarmů, úrovní vědomí pacienta. Je nutné, aby se sestra ujistila, že příbuzní vědí jak se chovat a především zvládají pohled na vážně nemocného pacienta – blízkého člena rodiny.

V prvních minutách první návštěvy příbuzných je vhodné, aby sestra trávila spolu s návštěvou čas u lůžka nemocného a ujistila se, že nedojde k nepředvídatelným situacím jako např. mdloby nebo silná emocionální reakce příbuzných. Pokud rodina svůj čas pobytu u lůžka pacienta zvládá dobře, sestra rodině umožní strávit návštěvní čas v soukromí, avšak vždy se zdržuje v blízkosti, aby mohla odpovídat na dotazy návštěvy, a včas řešit akutní situace, jakými může být např. nepředvídatelná změna zdravotního stavu pacienta. O této možnosti by měli být rodinní příslušníci také informováni a měla by být předem domluvena pravidla fungování v případě nepředvídatelných změn, se kterými je nutné na lůžku intenzivní péče počítat.

Fyzický kontakt sbližuje pacienta a příbuzné, napomáhá jim se vyrovnat se vzniklou situací, a tak rodinu sestra informuje o možnostech, jakými se mohou do péče zapojit či jak se mohou pacienta alespoň dotýkat. (Šamánková, 2011)

Způsob vyhodnocení a uspokojování potřeb rodinných příslušníků pomocí nástroje pro rodinné příslušníky (viz tabulka č. 1) by jistě přispěl a pomohl k otevření komunikace mezi zdravotnickým personálem a rodinnými příslušníky, případně pacienty. Nástrojem ke zjišťování a uspokojování potřeb rodinných příslušníků by měl být dle mého předpokladu již samotný podpůrný rozhovor sestry s příbuznými. Ovšem je diskutabilní, nakolik sestry takový rozhovor v klinické praxi uskutečňují a jakými dovednostmi pro jeho realizaci disponují. Toto téma je také předmětem empirické části diplomové práce.

3.3.2 Hodnotící nástroje ke zjišťování potřeb rodinných příslušníků

Hodnocení potřeb rodinných příslušníků je důležitou součástí péče. V zahraničí využívá zdravotnický personál řadu standardizovaných nástrojů pro hodnocení potřeb, které usnadní lékařům i sestrám komunikaci s rodinou. Příklady těchto škál jsou uvedeny v tabulce č. 1. Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb příbuzných by mohly být využity jako základní plán péče také v České republice, zejména z důvodu zlepšení komunikace a efektivnějšího plnění potřeb pacientům a jejich příbuzným ze stran zdravotnického personálu. (Bužgová, 2013)

Tabulka 1: Hodnotící škály nejčastěji využívané pro hodnocení potřeb rodinných příslušníků hospitalizovaných pacientů

Nástroj	Charakteristika
ASD – Acute distress syndrome	Nová diagnostická metoda zkoumá hladinu úzkosti u akutní stresové poruchy, při traumatizujícím zážitku u rodin pacientů.
CCFNI – Critical care family	Slouží k posouzení potřeb rodinných příslušníků. Má stanovených 5 domén: <ul style="list-style-type: none"> - pohodlí - podpora - Informace - blízkost - pojištění. Členové rodiny hodnotí, jak jsou jednotlivé potřeby uspokojovány.

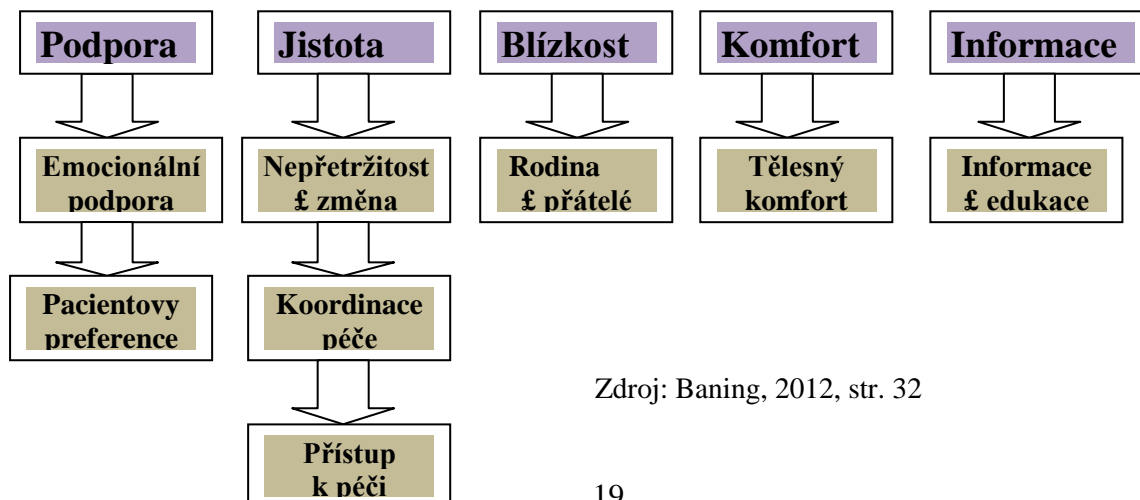
FNA – Family Needs Assessment	Zkoumá potřeby rodinných příslušníků v oblasti kognitivní, emocionální, fyzické.
FENQ – Family Education Needs Questionnaire	Určeno pro rodinné příslušníky pečující o své blízké se zaměřením na péči o pacienta, osobní pohodu zdraví a lidské zdroje.
FAMCARE – Family Care Scale	Hodnotí míru spokojenosti rodinných příslušníků pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním v souvislosti s informacemi, dostupností péče, psychosociální péčí, péči o pacienta.
FIN – Family Inventory of Needs	Určeno pro klinickou praxi, kde se hodnotí potřeby rodinných příslušníků u pacientů s nádorovým onemocněním. FIN je cenným nástrojem hodnocení příbuzných po stránce emocionální, fyzické a psychologické.
FNQ – Family Needs Questionnaire	Saturace potřeb rodinných příslušníků u pacientů s nádorem mozku, poškozením mozku a další neurologické poškození. Zaměřuje se na 6 oblastí: <ul style="list-style-type: none"> - informace - emoční podpora - profesionální podpora - instrumentální podpora - komunitní podpora - zapojení do péče o pacienta.

Zdroj: Stephen, 2005, převzato z Bužgová, 2013, str. 106-107

Vytvoření hodnotících nástrojů má za cíl identifikovat priority a aktuální problémy pacienta a jeho rodiny, preference v další léčbě, monitorovat změny v symptomech, funkčních schopnostech a osobní pohodě včasným odhalením potenciálních problémů.

Hodnotící nástroje pro uspokojování potřeb rodinných příslušníků vycházejí a jsou součástí širší filozofie - **Patient and Family Centered Care**. Vychází z osmi základních hodnot, preferencí a potřeb, které lze rozdělit do pěti domén viz obrázek č. 2. (Bužgová, 2013 - Banning, 2012)

Obrázek č. 2 Navrhované vztahy pěti domén a potřeb pro uspokojování příbuzných



Zdroj: Banning, 2012, str. 32

4 Komunikace a strategie přístupu k rodinám hospitalizovaných pacientů

Lidská komunikace je mnohohrstevný, složitý proces závislý na individuální psychice, inteligenci, vzdělání a individuálních sociálních zkušenostech. Bývá často definována jako vzájemná výměna informací. Jedná-li se o výměnu informací mezi lidmi, lze hovořit o sociální interakci nebo sociální komunikaci. V užším pojetí lze např. podle Bártlové (2005), Bednaříkové (2006), Linhartové (2007) a Mellanové (2014), vymezit sociální komunikaci jako proces předávání informací od člověka k člověku, jehož prostřednictvím je reálné sociální jednání. Cílem komunikace je něco sdělit, zjistit, pobavit, přesvědčit a to co nejúčinněji a nejefektivněji. Jen tehdy dosáhneme kladného vztahu a rozumového pochopení ze stran pacientů a jejich rodinných příslušníků.

Komunikace je velmi důležitá při poskytování lékařské i ošetrovatelské péče. Kromě praktických vědeckých disciplín, laboratorních měření či rentgenových snímků je komunikace jedním z klíčových psychologických faktorů zvládnání nemoci. Role sestry při komunikaci s pacientem a jeho příbuznými je zcela zásadní. Sestra poskytuje odbornou péči, má mnoho příležitostí ke komunikaci s pacientem a jeho rodinou, tráví s pacientem nejvíce času, kolikrát je zasvěcována do osobních potíží pacienta a jeho rodiny. Sestra musí být připravena profesionálně odpovídat na otázky pacientovy blízké rodiny. Sestra odkazuje na lékaře v případech, kdy se jedná o otázky charakteru diagnostického, terapeutického či prognostického. (Linhartová, 2007 - Andrysek, 2011)

4.1 Obecná charakteristika komunikace

V oblastech, které se alespoň okrajově týkají komunikace, nikdy nechybí klasické dělení podle použitého média na komunikaci verbální a neverbální. Do neverbálního chování se řadí vzdálenost, postoj, mimika, pantomimika, tělesný kontakt a paralingvistika. Neverbálním chováním se vyjadřují emoce, vztah k druhému člověku, porozumění, sounáležitost. Neverbální komunikace si při komunikaci všímá postojů člověka, vzdálenosti, očního kontaktu, vzhledem člověka, rychlosti pohybu, intonací hlasu. (Mellanová, 2014)

Verbální komunikace se projevuje jednáním prostřednictvím jazyka a řeči. U verbálního chování především při komunikaci s pacientem nebo s příbuzným je třeba věnovat pozornost rychlosti řeči, hlasitosti v průběhu sdělení, pomlky, která je v komunikaci také významná, výškou a intonací hlasu a přiměřenou délkou projevu.

Jestliže chceme, aby naše komunikace byla efektivní, je třeba sledovat řadu prvků z oblasti verbální i neverbální komunikace. (Venglářová, 2006)

4.1.1 Efektivní komunikace

Efektivní komunikací se rozumí dobře zvolená sociální interakce, při které mluvčí a příjemce získávají potřebné informace. V souvislosti s poskytováním zdravotní péče by si sestra a další zdravotnický pracovník měl být vědom podmínek, za kterých může být komunikace efektivní.

Do efektivní komunikace se zařazují i specifické dovednosti, které jsou nutné proto, aby se rozpoznal pacient a jeho rodina, a byly naplněny jejich potřeby. (Mellanová, 2014)

Efektivní komunikace závisí na schopnosti přizpůsobit se konkrétní situaci v několika dimenzích.

Devito (2001) stanovil sedm dimenzí, na kterých závisí efektivita konverzace, které jsou také uplatnitelné v komunikaci a rozhovoru sestry s rodinným příslušníkem pacienta hospitalizovaného v prostředí intenzivní péče:

- „*otevřenost*,
- *empatie*,
- *pozitivnost*,
- *bezprostřednost*,
- *řízení interakce*,
- *působivost*,
- *orientace na druhé*.“ (Devito, 2001, str. 161 – 162)

Zároveň stanovil fakt, že nejefektivněji konverzuje člověk flexibilní, který se umí přizpůsobit situaci, a je si vědom možnosti volby komunikace. Používá metakomunikaci, díky které vyloučí možné dvojmysly a nejasnosti.

Pokorná (2008) definuje efektivní komunikaci jako takovou, kde si komunikující strany rozumí a nedochází ke zkreslení informace. Popsala sedm bodů efektivní komunikace:

- Credibility – důvěryhodnost.
- Context – kontext musí odpovídat sdělení, neboť efektivní komunikace vyžaduje podporu sociálního prostředí.
- Content – obsah sdělení musí mít pro příjemce význam.
- Clarity - jasnost sdělení.
- Continuity and consistency – kontinuita a konzistence stojí v zájmu komunikace, kterou nutno považovat za nikdy nekončící proces a samotné sdělení pak musí být konzistentní.
- Channels – vytvořené komunikační kanály je třeba náležitě využívat.
- Capability – schopnost příjemců přijímat informace, což vyžaduje zvláštní úsilí na straně příjemce. (Pokorná, 2008)

4.1.2 Bariéry v komunikaci

Kontraproduktivní komunikací je taková, která nevede k vzájemnému porozumění, a takováto slabá místa v komunikaci můžeme nalézt téměř v každém komunikačním kanálu.

Pokorná (2008) rozděluje bariéry v komunikaci na externí a interní a jako typy komunikačních bariér uvádí:

- překroucení informace,
- komunikační zahlcení,
- nevhodná forma předávání zpráv s ohledem na posluchače,
- použití vágních a bezvýznamných slov,
- manipulace v komunikaci,
- evalvace a devalvace v komunikaci vyjádřena pozitivním nebo negativním vztahem k druhému člověku. (Pokorná, 2008)

V prostředí intenzivní péče jsou uplatňovány bariéry v komunikaci jak interní tak i externí, které dále můžeme rozdělit na bariéry v komunikaci ze stran zdravotníka nebo rodinného příslušníka, a hospitalizovaného pacienta. Je třeba komunikační bariéry eliminovat a snažit se je včas identifikovat.

Bednaříková (2006) popisuje důvody nejčastější bariéry v mezilidské komunikaci zapříčiněnou:

- „uzavřeností partnera,
- nekomunikabilitou partnera,
- nedůvěrou,
- antipatií,
- rozdílným vnímáním,
- emocemi,
- šumem,
- jazykovými rozdíly.“

Specifické místo v komunikačních bariérách zaujímá téma, strach, vnější okolnosti, neočekávanost komunikace, přítomnost třetí osoby, špatný způsob komunikace. (Bednaříková, 2006)

4.2 Komunikace s rodinou pacienta v intenzivní péči

Komunikace s rodinou pacienta představuje pro mnohé zdravotnické pracovníky jeden z nejnáročnějších úkolů. Pravdou však je, že téměř žádný pracovník se takovéto komunikaci nevyhne. Rodinní příslušníci představují pro zdravotnické pracovníky důležité komunikační partnery a jsou v širším slova smyslu také klienty zdravotnického zařízení.

Komunikace na anesteziologicko – resuscitačním oddělení (dále jen ARO) a jednotce intenzivní péče (dále jen JIP) je specifická v mnoha ohledech. Samotné prostředí a zdravotní stav pacienta vnáší do komunikace s rodinou bariéry, které musejí zdravotničtí pracovníci překonávat. Pro komunikaci s rodinnými příslušníky, kteří vyžadují podobně specifický komunikační přístup jako pacienti, platí stejné zásady jako pro komunikaci se samotnými pacienty – tedy důraz na adekvátní informace, jejich obsah i formu a také nato, aby informace byly konzistentní. Kvalitní informace mají zásadní význam, a lze s nimi pomoci příbuzným překonat značný situační stres. (Špaténková, 2009 - Hekelová, 2012)

Přestože se úloha rodiny během historického vývoje výrazně změnila, její funkce jsou stále nenahraditelné. Rodina nemocného, jak již bylo zmíněno v kapitole č. 2, poskytuje cenné informace zdravotnickému týmu a přímo se podílí na péči o pacienta fyzickou a psychickou podporou, a také rozhodovací pravomocí. Proto je komunikace základním prvkem péče, a má přímý vliv na péči o kriticky nemocné pacienty. Rodina často sehrává důležitou roli v rozhodovacím procesu o budoucnosti pacienta a jeho následné terapii. Rodina stojí často v rozhodovacím procesu o budoucnosti pacienta, následné terapii.

V tabulce č. 2 je znázorněna mnemotechnická pomůcka, ve které Curtis (2008) znázorňuje pět kroků, které mají ulehčit komunikaci mezi zdravotníky a rodinnými příslušníky hospitalizovaných pacientů v prostředí intenzivní péče.

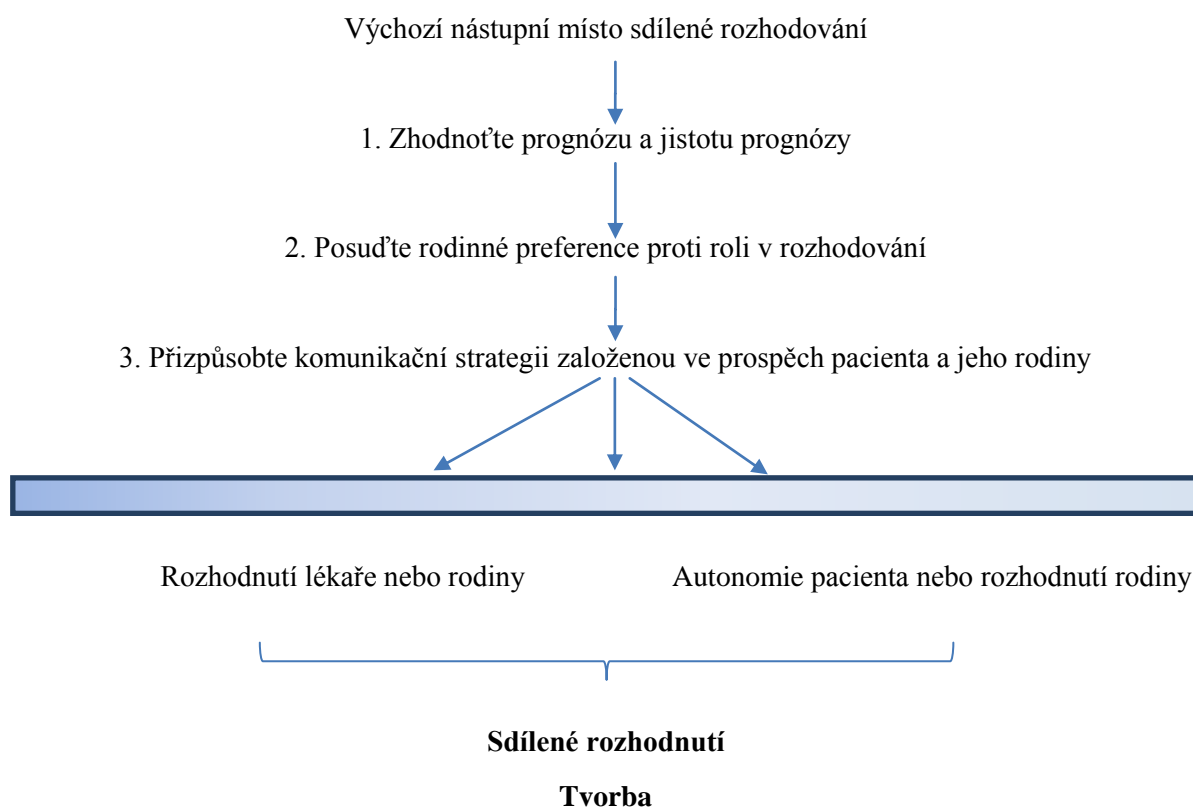
Tabulka č. 2 Pět kroků ke zlepšení komunikace s příbuznými

Value family statements	Ocenění názorů rodiny
Acknowledge family emotions	Podvědomost o emocích příbuzných
Listen to the family	Naslouchání příbuzným
Understand the patient as a person	Chápat pacienta jako osobnost
Elicit family questions	Získat otázky příbuzných

Zdroj: Curtis, 2008, str. 837

Komunikace s rodinnými příslušníky v prostředí intenzivní péče je vysoce komplexní a vyžaduje spolupráci dobře fungujícího interdisciplinárního týmu. Tato spolupráce vyžaduje rovnováhu mezi dodržováním péče o kriticky nemocné pacienty se snahou příznivých výsledků spojenou s individuální komunikací s ohledem na potřeby příbuzných. Pro usnadnění role v rozhodování rodin pacientů a navození kvalitní komunikace je na obrázku č. 3 znázorněna strategie přístupu k rodinám hospitalizovaných pacientů v prostředí intenzivní péče s ohledem na uplatňování rodinných rolí a preferencí. (Curtis, 2008)

Obrázek č. 3: Role rodiny a preference v rozhodování



Zdroj: Curtis, 2008, str. 837

4.2.1 Role sestry v komunikaci s příbuznými pacientů intenzivní péče

Komunikace sester s příbuznými je vysoce významná. Základním faktorem komunikace mezi sestrou a příbuznými je čas. Lékař rodině poskytne informace související se zdravotním stavem hospitalizovaného pacienta a potom je to právě sestra, které příbuzní pokládají dotazy a situaci mnohdy znovu probírají právě s ní. Dalším důležitým faktem je, že rodina vidí sestru provádět činnosti, z čehož některé umí laicky přiměřeně posoudit. Sestry se musí učit alternativním způsobům komunikace v mnoha směrech, kterými je například komunikace s pacienty na umělé plicní ventilaci, s poruchou vědomí a stejně tak profesionálně musí umět komunikovat také s pozůstalými. V zahraničí je komunikace vyučována teoreticky i prakticky na modelových situacích, jistě by to mělo kladný vliv i propracovaným a podrobnějším zavedením v České republice. (Cvachovec, 2007)

Zejména první kontakt sestry s příbuznými pacienta hraje významnou roli. Je zde důležitá možnost získat rodinu ke spolupráci. Stejně tak je důležitý poslední kontakt s příbuznými. Je jistě rozdíl, pokud příbuzní odcházejí s pocitem, že je o jejich blízkého dobře postaráno profesionálními

zdravotníky, nebo zda odcházejí s nejistotou či hněvem. Příbuzní jsou proto neopomenutelnou součástí komunikace ve zdravotnictví. Sestra by měla umět vést rozhovory, odpovídat na otázky a především aktivně navazovat kontakt s rodinnými příslušníky. Důležité je si zároveň uvědomit, že komunikace je do značné míry vedena také na základě informovaného souhlasu, kterému se věnuje kapitola č. 5. (Špaténková, 2009)

Obsah a forma komunikace sester s rodinnými příslušníky se odvíjí od:

- „*zdravotního stavu pacienta,*
- *charakteru jeho onemocnění,*
- *frekvencí pobytu pacienta ve zdravotnickém zařízení,*
- *nezbytností řešit a vyřešit problémy nemocného,*
- *časových a jiných možností rodiny i zdravotnického personálu.*“ (Špaténková, 2009, str. 47)

Špaténková (2009) formu a obsah rozhovoru sester s rodinou pacienta rozděluje do čtyř oblastí:

- „*organizační záležitosti,*
- *zajištění péče o pacienta,*
- *problémy pacienta,*
- *problémy příbuzných.*“ (Špaténková, 2009, str. 47)

Sestra by měla rodině sdělit nejpodstatnější informace týkajících se organizačních záležitostí, jako jsou informace o návštěvních hodinách společně se jmény osob zdravotnického personálu podílejících se na péči o pacienta.

Informace o režimových opatřeních, příprava na plánovaný překlad nebo propuštění jsou nezdědka velmi podstatné informace, které by sestra rodině měla sdělit.

Sestra plní mimo jiné také funkci edukátorky, a měla by poskytovat rodině pacienta charakter informací o edukační činnosti, a zdůraznit problémy pacienta, které může rodina ovlivnit například pomůckami nebo druhem potravin pro pacienta, které lze do zdravotnického zařízení přinést.

Často jsou obsahem rozhovoru sester s příbuznými pacienta také samotné problémy příbuzných. Rodinní příslušníci v souvislosti s hospitalizací blízkého můžou mít zdravotní obtíže mnohdy provázeny problémy psychickými a sociálními. (Špaténková, 2009)

Zásady pro sesterskou komunikaci s rodinnými příslušníky jsou následující:

- rozhodnutí o léčbě patří výhradně lékaři nikoli sestře,
- sestře připadá role v komunikaci s pacientem a jeho rodinou, podporuje je v koordinaci s celým týmem,
- připravuje pacienta a jeho rodinu na rozhovor s lékařem a snaží se navodit vhodnou atmosféru pro přijetí závažné zprávy,
- po rozhovoru pacienta a jeho rodiny s lékařem probírá z toho plynoucí dopady,
- srozumitelně, spolehlivě, taktně a vstřícně komunikuje s pacientem a jeho rodinou,
- v případě, že získá od pacienta nebo jeho rodiny závažné informace, které mají podíl na léčbě, sdělí je lékaři,
- informuje lékaře o pacientových obtížích a ošetřovatelských postupech. (Venglářová, 2007)

4.2.2 Sdělování nepříznivých zpráv

Sdělování nepříznivých zpráv je mimořádně závažné téma, a musejí se brát v potaz následné vlivy, a to dopady na dosavadní život jak pacientů tak jejich příbuzných. Z toho důvodu se musí vytvářet zcela individuální konkrétní komunikační situace. Samotné sdělení nepříznivé zprávy je také velmi náročné pro lékaře a ostatní zdravotnický personál, který informace dle svých kompetencí pacientům a jejich rodinám také podává. Ze samotné praxe vyplývá, že sdělování nepříznivých zpráv patří mezi vůbec nejtěžší úkoly. (Linhartová, 2007)

Komunikace na téma charakteru smutných, špatných a obtížných zpráv jsou základní a nevyhnutelnou součástí zdravotnické profese. I přesto, že se úroveň zdravotní péče po fyzické stránce neustále zvyšuje, úroveň komunikace s pacienty a jejich příbuznými lze stále hodnotit jako nedostatečnou. Dle Mackové (2007) může být příčinou nedostatečná příprava lékařů a sester v této oblasti.

Sdělování diagnózy a informací o zdravotním stavu je úkolem lékaře, a mělo by být poskytnuto s ohledem na chápání pacienta a jeho rodiny. I přesto, že rozvor lékaře spolu s pacientem nebo jeho rodinou bude provedeno taktně a ohleduplně, pro pacienta a příbuzné vzniká náročná situace, která bude vyžadovat dlouhodobější vyrovnávání se.

Velmi záleží na vztahu ostatních členů rodiny a blízkých osob k pacientovi, a na tom, jak mu dokáží v dané situaci pomoci. Velký úkol zde padá i na ostatní zdravotnický personál, který musí být připraven a vědět, jak byl pacient a jeho rodina informována, a mohl svým chováním vůči problémům působit jednotně. (Zacharová, 2007)

Důvodem nepříjemných pocitů zdravotníků při sdělování nepříznivé zprávy je skutečnost, že se sdělují informace, které způsobují jiným lidem trápení. To utvrzují také z praxe známé hněvivé reakce ze stran pacientů i příbuzných. (Venglářová, 2006)

Závažnost sdělování informací je úměrná k budoucnosti pacienta a jeho rodiny. Proto je nutno zvážit předpokládaný dopad na každého jedince individuálně.

Postup při sdělování nepříznivé zprávy Venglářová (2006) rozděluje do tří fází.

1. Informace se sděluje na rovinu, bez oklik a je nutno objasnit důsledky, které z toho plynou.
2. Snažit se o nápomocnost při vyrovnávání se, se stresujícími informacemi. A hledat volbu jak situaci co nejlépe zvládnout.
3. Třetí fází se přispívá ke konkrétním plánům, léčbě a proto je vhodné ji odložit na některý z následujících dní. Jedinec zde má možnost situaci probrat s ostatními členy rodiny. Časté jsou zde opakované dotazy na sestru. (Venglářová, 2006)

4.2.3 Reakce příbuzných na sdělení nepříznivé zprávy

Reakce na sdělení nepříznivé zprávy, prognózy pacienta ze strany rodinných příslušníků se do velké části překrývá se samotnou reakcí rodinných příslušníků na sdělení, že je jejich blízký hospitalizován na jednotce intenzivní nebo resuscitační péče.

Přijetí zprávy zvláště nepříznivé je detailně popsáno nejkomplexněji od americké lékařky z roku 1969 Elisabeth Kübler - Rossové. Její popsané reakce jsou směřovány na pacienty, avšak reakce příbuzných jsou totožné. (Linhartová, 2007)

První fáze – negace: V této fázi nejsou pacient ani jeho příbuzní připraveni na nastalou situaci a odmítají vzít fakt smrtelnosti. Stává se, že si jedinec nepamatuje, že s ním někdo o události hovořil.

Druhá fáze – agrese: Pacient a stejně tak i rodinný příslušník se hněvá na celé okolí, dostane vztek, popadne ho závist. Okolí by mělo tento stav pochopit a nepohoršovat se. V této fázi může pomoci podat informaci, že se jedná o zákonitou fázi. Vhodné je nechat člověka ventilovat negativní emoce, strach či pocit nespravedlnosti.

Třetí fáze – vyjednávání: Hledání možnosti, naděje. Často vyhledávání informací o možnostech další léčby, nových lécích. Napomáhat k nalézání krátkodobých cílů, kterých je možno dosáhnout. Nechávat naději, ale nedávat sliby, které nelze splnit.

Čtvrtá fáze – deprese: Nastává zápas se smrtí. V této fázi je nutno z pozice zdravotníků důstojnosti a naslouchání. Důležitá je vzájemná opora blízkých, protože podpora a pochopení pomáhá překonat tuto fázi anebo pokud přestávají rodinní příslušníci situaci zvládat, je možné zdravotníky nabídnout psychosociální podporu formou konzultace s klinickým psychologem. Naopak pokud přestává situaci zvládat personál, to znamená také sestry, je možná podpora formou supervize.

Pátá fáze – smíření. Období klidu, smíření. Nutno tuto fázi odlišit od rezignace. V tomto okamžiku je vhodná přítomnost blízkých, aby se pacient necítil osamělý. Podstatné mohou být malé radosti, lidský kontakt či rozhovor.

Šestá fáze – smrt. Zdravotničtí pracovníci bývají v této fázi konfrontováni s jedinci, kteří smrtí někoho blízkého ztratili.

Popsané etapy obvyklých psychických reakcí spolu s projevy a rady, jak reagovat ze stran zdravotníků jsou uvedeny v tabulce č. 3.

Tabulka 2: Reakce pacienta/rodiny na nepříznivou zprávu

FÁZE	PROJEVY	STRATEGIE PŘÍSTUPU
NEGACE ŠOK POPÍRÁNÍ	„Ne já ne, pro mne to neplatí. „To není možné“. „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Snažit se navázat kontakt. Zůstat na blízku.
AGRESE HNĚV VZPOURA	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravé lidi, zdravotníky.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
SMLOUVÁNÍ VYJEDNÁVÁNÍ	Hledání zázračných léků, léčitelů, diet. Ochota zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Být maximálně trpělivý. Pozor, nenaletět „uzdravovacím“ podvodníkům.
DEPRESE SMUTEK	Smutek z utržené ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny.	Pomoci hledat řešení. Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy.
SMÍŘENÍ SOUHLAS	Vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas loučení.	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Rodina mnohdy potřebuje pomoc více než pacient.

Zdroj: Kutnohorská, 2007, str. 72 – 73

Výše zmíněné fáze mohou proběhnout v různém pořadí, některé ani nemusí. Zmíněné členění nutno chápat jako orientační. Délka trvání jednotlivých fází je odlišná dle jedincovy psychické síly a osobnostních kvalit. (Humpl, 2013 - Kutnohorská, 2007)

4.2.4 Komunikace s pozůstalými

Sdělování příbuzným zprávu o úmrtí pacienta ve zdravotnickém zařízení náleží lékaři. Pokud nejsou příbuzní přítomni a ani předem informováni, měl by lékař rodině pacienta podat informaci po telefonu co nejdříve, jakmile to situace na oddělení dovolí.

V praxi se lékař s příbuznými předem domluví o postupech, zda chtějí být informováni ihned, jakmile pacient zemře, nebo ještě před tím, aby měli příbuzní čas a možnost, bude-li to jejich přání se s umírajícím rozloučit.

V situaci, kdy jsou v době úmrtí pacienta příbuzní přítomni, a přejí si zůstat nějaký čas u lůžka, měl by lékař jejich přání respektovat. Jestliže jsou na boxu intenzivních lůžek přítomni další pacienti, je vhodné zesnulého přepřavit do samostatné místnosti. (Bartůněk, 2011)

Osobní rozloučení příbuzných s pacientem je v zahraničí běžnou praxí, která přispívá k méně komplikovanému a přirozenějšímu procesu vyrovnání se s úmrtím blízké osoby z pozice příbuzných a s tím spojeným truchlením.

Pokud se jedná o odchod očekávaný, zejména starého člověka, bývá přijetí takové to zprávy zpravidla ze stran rodinných příslušníků snadnější. Vážné duševní krize a reakce nastává častěji, pokud se jedná o úmrtí dítěte či mladé osoby. (Bartůněk, 2011)

Pro zdravotníky je jednání s pozůstalými stresující a náročné. Reakce rodin jsou různé, a často nesou myšlenku selhání medicíny nebo vlastní osoby.

Venglářová (2006) mezi zásady komunikace s pozůstalými uvádí:

- je vhodné příbuzné dostatečně včas informovat o zhoršení zdravotního stavu,
- při osobním sdělení, umožnit, aby příbuzní zprávu vyslechli v sedě,
- při sdělování zprávy zvolit, soukromí a klidné prostředí,
- vyjadřovat se srozumitelně,
- v zájmu zachování společenských rituálů vyjádřit upřímnou soustrast,
- popsat okolnosti úmrtí, umožnit rodině setkání s ošetřující sestrou, která byla přítomna u úmrtí, pokud si to rodina přeje,
- neposkytovat detaily, které by zbytečně dramatizovaly situaci,
- je podstatné, aby zdravotnický personál udával stejné údaje, jinak můžou mít pocit, že něco není v pořádku,
- příbuzní jsou ve špatném psychickém rozpoložení, a tak se stává, že často kladou stejné otázky vícekrát, je nutno to tolerovat,
- po zklidnění příbuzných, nabídnout pomoc s formalitami. (Venglářová, 2006)

5 Poskytování informací a ochrana soukromí pacienta v intenzivní péči

Osoby blízké pacientovi, které se zajímaly o jeho zdravotní stav, byly v minulosti poměrně podrobně informovány lékařem, o samotné diagnóze stejně tak i prognóze, kdežto pacient sám mnohdy nevěděl téměř nic. Dnešní systém zdravotní péče má postup při poskytování informací téměř opačný. Záleží na samotném pacientovi, pokud to jeho vědomí dovolí, komu si přeje sdělit informace týkající se jeho zdravotního stavu a tento údaj je i součástí zdravotnické dokumentace. To jistě uvítá každý jedinec, který se musel podrobit hospitalizaci, kdy se svobodně rozhodne, komu informace o svém stavu chce sdělit a přitom sám má informace na dostatečné úrovni. Je to pouze a především samotný pacient, který může zprostit zdravotnické pracovníky povinné mlčenlivosti ve vztahu k údajům, které souvisí s pacientem a jeho léčbou. Takovouto určenou osobou pacientem může být rodinný příslušník, tak i kterákoliv osoba bez příbuzenského vztahu. Již tedy neplatí poměrně vágní ustanovení občanského zákoníku, kdy na informace měly nárok osoby blízké pacientovi, tedy osoby v příbuzném pokolení přímém, manžel, sourozenec, a další osoby v poměru rodinném. (Bartůněk, 2011 - Těšinová, 2013)

V intenzivní medicíně jsou nezdědka stavy pacientů, které možnost vyslovit přání v souvislosti s poskytováním zdravotní péče neumožňují z důvodu vážnosti zdravotního stavu zapříčiněné pozměněným vědomím. Proto v případech, že je pacient v bezvědomí či se z jiného důvodu nemůže vyjádřit k poskytování informací o jeho zdravotním stavu, musí poskytovatel péče plnit zákonnou povinnost a všem osobám blízkým sdělit jen aktuální informace o zdravotním stavu.

Definice osoby blízké, je pro poskytovatele zdravotních služeb poměrně široká a v řadě ohledů obtížně aplikovatelná. Co do vymezení pojmu, stávající právní stav uvádí: „*osobou blízkou je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství, jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, které spolu trvale žijí.*“ Oproti občanskému zákoníku z roku 1964 se za osobu blízkou od 1. ledna 2014 považují osoby sešvagřené a osoby trvale spolu žijící. (§ 22 odst. 1. zákon č. 89/2012 Sb. občanského zákona)

V případě, že je pacient ve stavu, kdy nemůže určit osoby, které mají nárok na informace o jeho zdravotním stavu, a zdravotnický pracovník má pochybnost, že se jedná o osobu blízkou, je tato osoba povinna svoji totožnost prokázat občanským průkazem nebo čestným prohlášením, ve kterém uvede své kontaktní údaje a číslo průkazu totožnosti. Takovéto čestné prohlášení je pak součástí zdravotnické dokumentace. (Těšinová, 2013)

V případě, že pacient nevyslovil souhlas, avšak hrozí nebo již nastala situace, která ohrožuje zdraví ostatních, pak znění v § 33 odstavci 5 říká: „*právo na informace o zdravotním stavu pacienta, a to pouze v nezbytném rozsahu, mají rovněž osoby, které s pacientem přišly do styku a tyto informace jsou rozhodné pro ochranu jejich zdraví.*“ (MZ ČR, Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.)

Na druhé straně pouhé sdělení skutečnosti, že pacient je hospitalizován a podáním základní charakteristiky o jeho zdravotním stavu v obecných termínech (zdravotní stav je stabilizován, kritický, případně informace o úmrtí pacienta) ještě nejsou porušením povinné mlčenlivosti. (Uherek, 2008)

5.1 Povinná mlčenlivost

Jednou z nejvýznamnějších etických povinností ve zdravotnictví je povinná mlčenlivost. Lékařské kodexy včetně sesterského kodexu ICN (International Council of Nurses), obsahují zákaz porušování lékařského tajemství. Účelem povinné mlčenlivosti je především důvěra pacienta, rodinného příslušníka ke zdravotnickému týmu. (Kutnohorská, 2007)

Povinná mlčenlivost sester je v porovnání s lékařskou, více jednoznačnější. Jestliže pacient vyslovil souhlas, sestra podává informace osobě blízké týkající se ošetrovatelské péče. Nikdy však nevyslovuje informace o diagnóze, vážnosti stavu, nálezech nebo prognóze nemoci. (Špaténková, 2009)

Pro zacházení s osobními údaji v souvislosti s poskytováním zdravotní péče je stanovena právní úprava tvořená zákonem č. 111/2007 Sb., o ochraně osobních údajů, který definuje pojem ochrany osobních údajů a zacházení s nimi. Speciální úpravou k tomuto zákonu je pak zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb., platný od 1. 4. 2012.

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen zákon o zdravotních službách) stanovuje konkrétní rozsah povinné mlčenlivosti lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků.

Zdravotnické zařízení ve své Směrnici o předávání informací musí mít jasně stanovená všeobecná pravidla o poskytování informací a také to, jestli má všeobecná sestra a další zdravotnický pracovník dovoleno předat informaci všeobecného charakteru, že je pacient v kritickém stavu nebo stabilizován. Zdravotnická dokumentace pacienta musí být taktéž uložena na místě, kam nemá přístup neoprávněná osoba a kde může být zaručeno dodržení pravidla o ochraně informací. Současně tak i v provozních řádech oddělení musí být zakódovány požadavky na ochranu důvěrných informací. (Škrla, 2008)

Důležitou celoživotní povinností všech zdravotnických pracovníků je tedy zachovávání povinné mlčenlivosti o všech skutečnostech v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.

Povinná mlčenlivost se vztahuje ke všem údajům o pacientovi, které byly získány v průběhu komunikace s pacientem nebo osobami blízkými, ze zdravotnické dokumentace nebo zápisů jiných, od konziliářů, vztahující se k údajům o chorobách, sociálních údajů, pracovních, stejně jako rodinného zázemí. (Těšinová, 2013)

Povinnou mlčenlivostí jsou kryty především:

a) Údaje o zdravotním stavu pacienta, tj. především:

- *údaje, které poskytovatel sám zjistil klinickým vyšetřením,*
- *informace o léčebném postupu,*
- *informace o diagnostickém, vyšetřovacím a terapeutickém postupu,*
- *informace o povaze onemocnění, úrazu, prognóze léčby,*
- *anamnestické údaje,*
- *informace o zvyklostech pacienta.*

b) Údaje o rodinné, finanční a sociální situaci pacienta,

c) Údaje vypovídající o sexuální životě,

d) Údaje o náboženském, politickém nebo filozofickém přesvědčení,

e) Údaje o rasovém nebo etnickém původu,

f) Údaje o trestné činnosti. (Uherek, 2008, str. 36 – 37)

5.1.1 Informovaný souhlas

Základním předpokladem poskytování zdravotní péče, intenzivní péče nevyjímaje, je souhlas poučeného pacienta s navrhovanou léčbou, včetně toho zda se léčbě podrobí nebo jí odmítne. Právní i medicínský problém spočívá v posuzování schopnosti pacienta se rozhodovat, to jak obecně u pacientů, kterým je pro závažný stav intenzivní péče poskytována, tak i v konkrétním případě. (Vondráček, 2008)

Zákon tedy pamatuje i na situace, kdy zdravotní stav pacientovi neumožňuje schopnost vyslovit informovaný souhlas s poskytováním zdravotních služeb, včetně toho komu mohou být informace o jeho zdravotním stavu podány. Pacientovi lze tedy poskytnout bez jeho souhlasu pouze neodkladnou péči. Neodkladnou péčí se rozumí dle zákona o zdravotních službách péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují pacienta na životě, mohlo by vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví. (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách)

5.1.2 Poskytování informací po telefonu nebo e-mailem

V souvislosti s poskytováním informací převážně po telefonu je třeba upozornit na fakt, zda jsou informace sdělovány skutečně oprávněné osobě. V případě, že zdravotnický pracovník jednoznačně nepozná po hlase osobu, lze sdělit jen údaj, zda příslušný pacient je či není hospitalizován a následně uvést, že podrobnější informace budou sděleny při osobní návštěvě. (Uherek, 2008)

Dnes se stále častěji stává, že se lékař spolu s příbuznými pacienta, kteří oprávněně mohou získat informace o jeho zdravotním stavu, domluví na určitém heslu, které při telefonátu bude předem řečeno, aby měl lékař jistotu, že informace sděluje oprávněné osobě. (Bartůněk, 2011)

Obdobné zásady platí i při sdělování údajů elektronickou formou. V praxi je stále častější, že se příbuzní poskytovatelů péče dotazují prostřednictvím e – mailu na pacienta, a to nejčastěji tehdy, pokud jej pohřešují či s ním nemohou navázat kontakt. Vždy je však nutno zachovat výše zmíněné pokyny. (Uherek, 2008)

6 Review k tématu: Rodinný příslušník v prostředí intenzivní péče

Výzkumný přehled studií se uskutečnil na základě systematického vyhledávání v elektronických databázích. Vyhledávací strategií pro získání relevantních zdrojů byly zvoleny odborné licencované databáze a volně přístupné databáze. Významným zdrojem databází se stal MEDLINE, EBSCO, EMBASE, PubMed a databáze Web of Science. Pro vyhledávání byly stanoveny klíčové slova: rodinný příslušník, interakce, komunikace, ICU, pacient, role sester, pohled sester, potřeby, strategie přístupu a kombinace těchto slov. Vyhledávání relevantních zdrojů proběhlo v období od října 2014 do března 2015. Jazyk pro vyhledávání byl stanoven na český jazyk, slovenský jazyk, angličtinu a španělštinu. Dostupné zdroje byly vyhledávány od roku 2008 až 2015, níže v tabulce je uvedena jedna studie z roku 1992 na níž jsem získala odkaz na základě studia literárních zdrojů a jež je relevantní pro uvedené téma práce. Za zmíněné vyhledávací období byly nalezeny plné texty odborných přehledů, review, odborné články a abstrakty vědeckých prací. Publikace byly vyhledávány jako odborné recenzované příspěvky zaručující vědeckou kvalitu. Po zadání výše zmíněných kritérií uvádím v tabulce č. 4 šest zdrojů, odpovídajících kritériím s cílovou skupinou zkoumaného vzorku z řad všeobecných sester. Naproti tomu cílovou skupinou zkoumaného vzorku z řad rodinných příslušníků bylo nalezeno podstatně více zdrojů, které jsem dále vzhledem k hlavní výzkumné otázce mé práce nerozpracovávala. Vyhledávání v databázích s využitím zmíněných kritérií zobrazilo 37 zdrojů. Po prostudování abstraktů a klíčových slov recenzovaných článků byly vyřazeny články, které nesouvisely se zadanou tematikou, nebo metodika práce a zkoumaný vzorek neodpovídal cílům a metodice této diplomové práce. Tabulka č. 4, znázorňuje podrobný přehled a rozpracování jednotlivých relevantních zdrojů k tématu s cílovou skupinou zkoumaného vzorku všeobecných sester.

Tabulka č. 4: Zahraniční studie

NÁZEV PRÁCE	Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients relatives – the DEPRESS study
TYP PRÁCE	Prospektivní multicentrická studie
ROK VYDÁNÍ	2014
AUTOŘI	Kateřina Rusinová
METODA VÝZKUMU	Strukturovaný rozhovor + Dotazníkové šetření
POČET INFORMANTŮ	22 JIP (250 lůžek), byl poskytnut dotazník rodinným příslušníkům
VELIKOST VZORKU	V průběhu 6 měsíců bylo dotazováno 405 příbuzných od 293 pacientů.
PROSTŘEDÍ REALIZACE VÝZKUMU	Česká a Slovenská republika

ZÁKLADNÍ ZJIŠTĚNÍ – PŘÍNOSY	Rodinní příslušníci pacientů hospitalizovaných na JIP pociťují úzkost a depresi, která se snižuje dobře vedenou komunikací ze stran zdravotnického personálu, poskytnutím informační brožury a dlouhodobý kontaktem se zdravotnickým personálem.
LIMITY STUDIE	Nebyly zahrnuty všeobecné sestry do rozhovoru

NÁZEV PRÁCE	Factors Affecting the Nurse - Patients' Family Communication in Intensive Care Unit of Kerman
TYP PRÁCE	Disertační práce
ROK VYDÁNÍ	Únor 2014
AUTOŘI	Loghmani, Laleh; Borhani, Fariba; Abbaszadeh, Abbas
METODA VÝZKUMU	Tato studie je kvalitativní s následnou obsahovou analýzou. Pacienti byli přijati na JIP dvou velkých fakultních nemocnic v Kerman - Irán. Pro sběr dat byly použity nestrukturované rozhovory. Všechny rozhovory byly přepsány doslovně a zpracovány metodou srovnávací analýzy
POČET INFORMANTŮ	Osm všeobecných sester a 10 rodinných příslušníků
VELIKOST VZORKU	Studie byla provedena na jednotkách intenzivní péče v nemocnici Kerman. Tato nemocnice se skládá z 6 JIP s lůžkovou kapacitou 60 pacientů na celkový počet zdravotních sester 45.
PROSTŘEDÍ REALIZACE VÝZKUMU	Irán

ZÁKLADNÍ ZJIŠTĚNÍ – PŘÍNOSY	<p>Rozhovor se skládal ze dvou hlavních otázek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jaké faktory usnadňují sestře komunikaci s rodinou? 2. Jaké faktory způsobují překážky v komunikaci sestry s příbuznými pacientů? <p>Analýza této studie poskytla podrobnější informace týkající se interakce sester s pacienty a jejich rodinami. Z výzkumu vyplynulo, že sestry nezaujímají vždy postoj k pacientům a jejich rodinám na profesionální a odborné úrovni. Je potřeba, aby sestry komunikovaly se samotnými pacienty a rodinnými příslušníky na základě uplatnění empatického přístupu. Sestry musí navazovat kvalitní komunikaci s pacienty a jejich rodinami, protože neprofesionálním chováním narušují etický kodex sester, a je třeba v takové situaci jednat v horších případech i formou disciplinárního řízení.</p>
LIMITY STUDIE	<p>Výrazná nerovnováha ve vzorku studie a počtu informantů sestra – příbuzný. Typ pracoviště a kultura mohou ovlivnit výsledky studie, a stejně tak vlivem individuální osobností sestry a příbuzného se výsledek bude lišit.</p>

NÁZEV PRÁCE	Effectiveness of a tool to improve role negotiation and communication between parents and nurses
TYP PRÁCE	Článek
ROK VYDÁNÍ	2008
AUTOŘI	McCann, Damhnat; Young, Jeanine; Watson, Karen; Ware, Robert S; Pitcher, Anne; Bundy, Rebecca; Greathead, Diane
METODA VÝZKUMU	Kvantitativní šetření
POČET INFORMANTŮ	69 všeobecných sester
VELIKOST VZORKU	Výběrový soubor zahrnoval sestry pracující na dětských chirurgických odděleních s cílem usnadnění komunikace mezi sestrami oddělení a rodiči hospitalizovaných dětí

PROSTŘEDÍ REALIZACE VÝZKUMU	Austrálie – Brisbane – Dětská nemocnice
ZÁKLADNÍ ZJIŠTĚNÍ – PŘÍNOSY	Založením jednoduchého a konkrétního nástroje formou dotazníků pro rodiče by výrazně zlepšilo komunikaci a spolupráci sester s rodiči hospitalizovaných dětí a to i v prostředí akutní péče.
LIMITY STUDIE	Šetření bylo jedno z prvních v Austrálii, prováděné formou kvantitativní metody. Malá ochota sester se výzkumu účastnit. Výzkum byl omezen na chirurgickou kliniku metropolitní Dětské nemocnice.

NÁZEV PRÁCE	Traditional/Restrictive VS Patient-Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patients' Family members, Physician, and Nurses
TYP PRÁCE	Článek
ROK VYDÁNÍ	2014
AUTOŘI	Riley, Bettina H., White, Joseph; Graham, Shannon; Alexandrov, Anne
METODA VÝZKUMU	Kvalitativní metoda formou rozhovorů s lékaři, sestrami, rodinnými příslušníky a pacienty ICU
POČET INFORMANTŮ	Nebylo v dostupné verzi dostatečně popsáno
VELIKOST VZORKU	5 jednotek ICU v USA. Kvalitativní metodologie, formou rozhovorů. Informanti byli pacienti jejich příbuzní, zdravotní sestry a lékaři.
PROSTŘEDÍ REALIZACE VÝZKUMU	USA
ZÁKLADNÍ ZJIŠTĚNÍ – PŘÍNOSY	Studie zjistila povědomé vnímání potřeb pacientů a jejich příbuzných v souvislosti s péčí v prostředí ICU. Příbuzní udávali pocit úzkosti, obav spojených s nutnou potřebou kvalitní komunikace s lékaři a sestrami oddělení. Zjistilo se rozdílné očekávání v souvislosti s léčbou od příbuzných a zdravotnických pracovníků, kteří mají v centru zájmu kvalitu zdraví. Příbuzní

	pocitují především deficit v komunikaci.
LIMITY STUDIE	V článku nebyl podrobně rozepsán jednotlivý počet informantů, kteří se výzkumu účastnili.

NÁZEV PRÁCE	Empathy of intensive care nurses and critical care family needs assessment.
TYP PRÁCE	Případová studie
ROK VYDÁNÍ	1992
AUTOŘI	Murphy, P A; Forrester, D A; Price, D M; Monaghan, J F
METODA VÝZKUMU	Přezkum – studie pomocí škály s následné analýzy
POČET INFORMANTŮ	92 rodinných příslušníků pacientů hospitalizovaných na JIP a 60 sester
VELIKOST VZORKU	Bylo stanoveno třicet potřeb pomocí škály CCFNI (Critical Care Family Needs Inventory) z pohledu 92 rodinných příslušníků a 60 – ti sester pracujících v prostředí ICU.
PROSTŘEDÍ REALIZACE VÝZKUMU	Izrael
ZÁKLADNÍ ZJIŠTĚNÍ – PŘÍNOSY	Tato studie zjišťovala, do jaké míry jsou sestry empatické a schopné v souvislosti s délkou ošetrovatelské praxe posoudit potřeby rodinných příslušníků pacientů hospitalizovaných v prostředí JIP.
LIMITY STUDIE	Nebyla stanovena délka ošetrovatelské praxe u jednotlivých sester což výrazně ovlivnilo výsledek u jednotlivých výpovědí.

NÁZEV PRÁCE	Intensive Care Registered Nurses' Role in Bereavement Support
TYP PRÁCE	Studie
ROK VYDÁNÍ	2014
AUTOŘI	Kurian, Mary J., Daniel, Sulata; James,

	Andrea; James, Colleen; Joseph, Leela; Malecha, Ann T; Martin, Ellen McCorquodale; Mick, JoAnn M
METODA VÝZKUMU	Dotazníkové šetření
POČET INFORMANTŮ	110 registrovaných sester
VELIKOST VZORKU	110 Registrovaných sester pracujících na jednotkách intenzivní péče byly požádány o vyplnění dotazníkového šetření.
PROSTŘEDÍ REALIZACE VÝZKUMU	USA
ZÁKLADNÍ ZJIŠTĚNÍ – PŘÍNOSY	Cílem studie bylo zjistit pohled sester na problematiku umírání, jejich role, podpora a zájem o vzdělávání v souvislosti s komunikací a podporou rodinných příslušníků zemřelých pacientů. 46% procent sester uvedlo, že nemají dostatečné vzdělání v problematice umírání pacientů, strategii přístupu a spolupráce s rodinou zemřelého, a je třeba se dále vzdělávat. Vedením této studie se získal objektivní pohled sester a jejich zkušenosti s problematikou umírání a jednání v emocionálně vypjatých situacích. Byla navržena další studie a zavedení programu vzdělávání pro sestry.
LIMITY STUDIE	Ve výzkumu nehrála roli délka praxe sester ani vzdělání nebo certifikované kurzy.

NÁZEV PRÁCE	Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units
TYP PRÁCE	Článek – Průzkumná studie
ROK VYDÁNÍ	2007
AUTOŘI	Stayt, Louise Caroline
METODA VÝZKUMU	Rozhovory
POČET INFORMANTŮ	12 registrovaných sester
VELIKOST VZORKU	12 registrovaných sester pracujících v prostředí ICU. Sběr dat probíhal na podzim roku 2005.

PROSTŘEDÍ REALIZACE VÝZKUMU	Velká Británie
ZÁKLADNÍ ZJIŠTĚNÍ – PŘÍNOSY	<p>Zkušenosti účastníků sester byly rozděleny do následujících témat: vymezení role sestry, očekávané role sester a konfliktní role. Účastníci výzkumu tedy sestry pocítují nedůvěru, pochybnosti o jejich odborné způsobilosti a jsou svědky konfliktů mezi profesními a osobnostními vlastnostmi. Tyto názory byly spojeny s předchozím očekáváním sester před nástupem do zaměstnání. Registrované zdravotní sestry spolupracují s rodinami, které mají příbuzného hospitalizované v prostředí ICU a čelí zásadní konfliktní situaci, jak mezi očekávanými rolemi a péčí o pacienty, tak mezi profesionálními a narůstajícími konflikty s vlastní osobou. To ukazuje nejen rozdíly mezi odbornými dovednostmi a výkony sester v každodenní péči o pacienta a spolupráci s jeho rodinou, ale může to také více přispívat k pracovnímu stresu.</p>
LIMITY STUDIE	<p>Ve výzkumu nehrála roli délka praxe sester ani vzdělání nebo certifikované kurzy.</p>

7 Výzkumná část

7.1 Základní rámec kvalitativního přístupu

Kvalitativní přístup občas nazvaný přístupem idiografickým a to z důvodu toho, že zahrnuje dva klíčové termíny, jedinečnost a neopakovatelnost. Jedná se o výzkumnou metodu, která pro popis, analýzu a interpretaci dat užívá nekvantifikovatelných vlastností. Pracuje se zde s malým souborem respondentů, bez nároku na statistickou prezentaci. Kvalitativní výzkum má tendenci vyzdvihovat dynamické, individualistické a holistické aspekty lidské činnosti. Výsledky kvalitativního výzkumu se prezentují jako slovní zápisky rozhovorů a dělí se do tematických kategorií, které se používají jako základ pro další diskuzi. (Miovský, 2006 - Kutnohorská, 2008)

7.1.1 Stanovení výzkumných otázek a cílů práce

Hlavní cíl práce

Zmapovat pohled nelékařského zdravotnického personálu sester na proces komunikace a vzájemné spolupráce s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče.

Hlavní výzkumná otázka

Jak hodnotí nelékařský zdravotnický personál sester proces komunikace a vzájemné interakce s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče?

Hlavní výzkumná otázka společně s hlavním výzkumným cílem práce byly podrobně rozpracovány do dílčích výzkumných otázek a k nim adekvátně odpovídajících dílčích cílů.

Dílčí výzkumný cíl (DVC) č. 1

Definovat nejčastější formu podávání informací, souvisejících s režimem a chodem oddělení, poskytovanou sestrami rodinným příslušníkům pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče.

Dílčí výzkumná otázka (DVO) č. 1

Jakou formou nejčastěji poskytují sestry informace, související s režimem a chodem oddělení, rodinným příslušníkům pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče v rámci vzájemné interakce a komunikace?

Dílčí výzkumný cíl (DVC) č. 2

Analyzovat pohled sester na dostupné informační zdroje poskytující rodinám pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče informace, související s režimem a chodem oddělení.

Dílčí výzkumná otázka (DVO) č. 2

Jak sestry hodnotí dostupné informační zdroje zahrnující podstatné informace pro rodinné příslušníky hospitalizovaných pacientů?

Dílčí výzkumný cíl (DVC) č. 3

Analyzovat podmínky a faktory, ovlivňující proces komunikace sester s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče s ohledem na časovou délku a četnost návštěv příbuzných.

Dílčí výzkumná otázka (DVO) č. 3

Jak se mění charakter spolupráce sester s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče v souvislosti s délkou a četností návštěv rodinných příslušníků hospitalizovaného pacienta?

Dílčí výzkumný cíl (DVC) č. 4

Identifikovat oblasti péče, do kterých jsou rodinní příslušníci pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče sestrami zapojováni.

Dílčí výzkumná otázka (DVO) č. 4

V jakých oblastech zapojují sestry rodinné příslušníky pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče do péče?

Dílčí výzkumný cíl (DVC) č. 5

Zmapovat individuální postoje a názory informantů/sester na problematiku komunikace v náročných situacích včetně definování takové situace v interakci s příbuznými pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče.

Dílčí výzkumná otázka (DVO) č. 5

Které situace, v souvislosti s interakcí a vzájemnou komunikací s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče, posuzují sestry jako komunikačně nejsložitější?

Dílčí výzkumný cíl (DVC) č. 6.1

Zmapovat stávající vzdělávací potřeby informantů/sester, v problematice komunikace s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče.

Dílčí výzkumný cíl (DVC) č. 6.2

Zvyšovat odbornou způsobilost sester působících v oblasti intenzivní péče, a přispět ke zkvalitnění efektivní komunikace, spolupráce a kontaktu sester s příbuznými, rodinnými příslušníky hospitalizovaných pacientů.

Dílčí výzkumná otázka (DVO) č. 6

Jaké efektivní vzdělávací potřeby v oblasti komunikace s rodinnými příslušníky sestry považují účelné pro svou praxi v intenzivní péči?

Dílčí výzkumný cíl (DVC) č. 7

Zjistit pohled sester na komunikaci a strategii přístupu lékařů k rodinným příslušníkům pacientů.

Dílčí výzkumná otázka (DVO) č. 7

Jak je z pohledu sester vnímán přístup lékařů a jejich komunikační dovednosti k rodinným příslušníkům pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče?

Dílčí výzkumný cíl (DVC) č. 8

Zmapovat sestrami saturované potřeby a oblasti komfortu zajišťované rodinným příslušníkům pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče.

Dílčí výzkumná otázka (DVO) č. 8

V jakých oblastech jsou zohledňovány potřeby rodinných příslušníků, a jak je sestrami zajišťován jejich komfort v souvislosti s návštěvou hospitalizovaného pacienta v intenzivní péči?

Dílčí výzkumný cíl (DVC) č. 9

Zjistit pohled sester na zajištění důvěrné komunikace s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče.

Dílčí výzkumná otázka (DVO) č. 9

Jak sestry hodnotí na oddělení intenzivní péče vytvořené prostředí pro zajištění důvěrné komunikace s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče?

7.1.2 Charakteristika informantů

Výběr zkoumaného souboru se prováděl metodou sněhové koule, která u kvalitativního výzkumu patří mezi nejčastěji používanou. Metoda sněhové koule je založena na účelovém a prostém náhodném výběru. Základním východiskem tohoto principu je získání kontaktu s první vlnou účastníku výzkumu, díky nimž se pak získají další kontakty, instituce a jeho definitivní podoba se v průběhu studie mění z hlediska potřeby saturace dat. (Miovský, 2006)

Výběr informantů byl omezen na vzorek všeobecných sester pracujících v prostředí intenzivní péče a anesteziologicko – resuscitačním oddělení. Před provedením rozhovoru byl každé informantce předložen k podepsání informovaný souhlas, který je uveden v příloze č. 8, a k vyplnění krátký strukturovaný dotazník zaměřený na demografické údaje. Demografické údaje jednotlivých informantek – sester, jsou uvedeny v tabulce č. 5. Ve výzkumném vzorku nehrálo roli vzdělání ani délka praxe informantek. Poskytnuté rozhovory byly nahrávány na záznamové zařízení pro další zpracování provedené formou doslovného přepisu sdělení.

7.1.3 Metoda sběru dat

Metoda sběru dat byla zvolena prostřednictvím nejrozšířenější metody polostrukturovaného interview. Tento typ metody vyžaduje náročnější technickou přípravu ve srovnání s nestrukturovaným interview. Byly specifikovány okruhy témat a k nim přiřazeny doplňující otázky, které byly v průběhu rozhovorů zaměňovány a upravovány s cílem maximalizovat výtěžnost interview. Takový to návod témat uvedený v tabulce č. 4, má zajistit, že se skutečně dostane na všechna pro tazatele zajímavá témata. A je na tazateli, jakým způsobem, a v jakém pořadí získá informace, které daný problém osvětlí. Ve výpovědích jednotlivých informantek jsou doplňující otázky, které byly pokládány v průběhu rozhovorů značeny písmenem **T – tazatel**.

Tabulka 3: Kategorie témat polostrukturovaného interview

I.	Režim oddělení
II.	Informační zdroje
III.	První kontakt a navazování spolupráce s rodinou hospitalizovaných pacientů
IV.	Komunikace a strategie přístupu sester k příbuzným
V.	Komunikačně náročné situace
VI.	Zapojení příbuzných do péče o pacienta
VII.	Potřeba vzdělávání sester v oblastech komunikace
VIII.	Komunikační dovednosti a strategie přístupu lékařů k příbuzným
IX.	Komfort a potřeby rodinných příslušníků
X.	Soukromí pacienta a ochrana osobních údajů v kontextu komunikace

Zdroj: vlastní

S výjimkou totálního výběru, u kvalitativního výzkumu se předem nikdy neví jaká metoda a strategie bude v průběhu výzkumu využívána. A tak pevně zakotvený výběr vzorku se rozchází se správným postupem při výběru vzorku. Klíčovým termínem ve sběru dat byl pojem teoretická saturace, kdy jsem při sběru a analýze dat došla k závěru, že další data pro výsledek analýzy nepředstavují nic nového a tedy ani nepřinášejí žádný další podstatný přínos. V tomto okamžiku jsem celý proces získávání dat ukončila. (Hendl, 2012 - Miovský, 2006)

7.1.4 Pilotní studie

Pilotní studie byla provedena v měsíci listopad 2014. Informantce byla řečena hlavní výzkumná otázka, a dále byl ponechán prostor pro její vlastní výpověď na dané téma.

Dotazovaná se v průběhu rozhovoru dotýkala svou samotnou výpovědí struktury otázek, které byly předem vytvořeny. Po realizaci pilotní studie a zhodnocení jednotlivých výpovědí byla struktura otázek rozšířena o téma týkající se zpětné vazby od příbuzných.

7.1.5 Vyvozování závěrů

Po stanovení výzkumných otázek a cílů následoval výběr a bližší specifikace informantů, sester pracujících v prostředí intenzivní péče. Následným oslovením informantů, a provedením výzkumu, byly získány další kontakty. Průzkum probíhal od ledna 2015 do konce března 2015. Metoda výběrů probíhala pomocí výše zmiňované techniky snowball (sněhová koule), kdy jsem nejdříve využila vlastních sociálních kontaktů, a to sester z pracovišť jednotek intenzivní a resuscitační péče a studentky navazujícího magisterského oboru Intenzivní péče, díky nimž jsem získávala další informantky, oddělení a instituce, které odpovídaly cílové skupině – sestry pracující v prostředí intenzivní péče.

Rozhovory probíhaly s každou z informantek jednotlivých oddělení se zajištěním soukromí nejčastěji v denní místnosti sester.

Rozhovor trval v průměru 15 – 45 minut, a následně po zpracování, byla přepsána jeho podoba formou doslovné transkripce do programu Microsoft Office Word 2007.

Z výzkumu vyplynul poměrně zajímavý sesun informantů, a to ze tří typů intenzivních jednotek, kdy jednotlivá pracoviště jsou svou charakteristikou specifická, a s ohledem na téma této práce, především specifická v navazování kontaktu s rodinami hospitalizovaných pacientů.

Výzkum se započal ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze (VFN) na anesteziologicko - resuscitačním oddělení. Po navázání dalších sociálních kontaktů se výzkumu účastnili informanti z řad všeobecných sester Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) zdravotnického zařízení v Praze – Vršovcích (Vršovická zdravotní a.s.). Poslední skupinou zkoumaného vzorku byly sestry z VFN v Praze, oddělení Interní JIP. Tato struktura jednotlivých pracovišť po shledání a oslovení dalších institucí již nebyla rozšířena, neboť nepřinesla novou ani zajímavou skutečnost, která by ovlivnila výsledek tohoto výzkumu.

7.1.6 Analýza dat

Analýzu kvalitativních dat lze považovat za nejobtížnější fázi realizace výzkumu. Pod pojmem kódování se rozumí přiřazování klíčových slov a symbolů což umožní snadnější a rychlejší práci. Kódování znamená proces identifikace a systematického označování podstatných a významových celků.

Pro zpracování byl vybrán postup metody otevřeného axiálního kódování, pomocí nichž bylo vytvářeno spojení vazeb mezi kategoriemi a subkategoriemi. Rozhovory jednotlivých informantek jsem nejprve doslovně přepsala a analyzovala, kdy jsem pročetla výpovědi, na základě nichž jsem vytvořila subkategorie.

Tento induktivně – deduktivní proces probíhal tvořením kódovacích schémat s ohledem na strategii jednání, podmiňující vlivy, kontext, interakci a následky.

Zabývala jsem se bližším určením a tvořením vazeb kategorií a subkategorií k danému kontextu prostřednictvím kladení otázek, zacílených na zjišťování vlastností a znaků.

Při zpracování jsem si tvořila mapy, abych představila proces analýzy dat, které usnadňovaly postup analýzy. (Miovský, 2006)

7.1.7 Interpretace dat – výpovědi informantek¹

V této kapitole se budu zabývat fragmenty jednotlivých výpovědí informantů, které dokreslují mnou zvolené kategorie a subkategorie.

V tabulce č. 5 je znázorněn souhrn demografických údajů jednotlivých informantek.

Tabulka 4: Demografické údaje informantek

Informanti	Oddělení	Věk	Délka praxe	Délka praxe na ARO/JIP	Nejvyšší dosažené vzdělání/Obor	Specializační vzdělání a certifikované kurzy
Sestra 1	ARO	30 let	5 – 10 let	5 - 10 let	Bc. Všeobecná sestra	-
Sestra 2	ARO	40 let	20 – 25 let	20 – 25 let	Bc. Všeobecná sestra	Management ve zdravotnictví
Sestra 3	ARO	23 let	0 – 5 let	0 – 5 let	Bc. Všeobecná sestra	Masér pro sportovní a rekondiční masáže
Sestra 4	DIOP	35 let	15 -20 let	15 -20 let	Bc. Všeobecná sestra	EKG kurz Hepatogastroenterologický kurz Angiologický kurz ARIP
Sestra 5	DIOP	30 let	0 – 5 let	0 – 5 let	Bc. Všeobecná sestra	-
Sestra 6	DIOP	30 let	5 – 10 let		Mgr. et Ing. Intenzivní péče, Biomedicína	Bazální stimulace I, II, III, stupeň
Sestra 7	JIP	39 let	15 - 20	15 - 20	Bc. – všeobecná sestra Studium 1. ročníku NMgr. studia Intenzivní péče	ARIP
Sestra 8	JIP	35 let	15 -20 let	15 -20 let	Dis. – Diplomovaná specialistka pro intenzivní péči Bc. – všeobecná sestra Studium 2. ročníku NMgr. studia Intenzivní péče	Hojení ran EKG Hepatogastroenterologický kurz
Sestra 9	JIP	27 let	5 – 10 let	5 – 10 let	Bc. Všeobecná sestra	-

Zdroj: vlastní

¹ Výklady autentických odpovědí informantů uvádím v textu pod pseudonymem v uvozovkách, a kurzívou v anonymizované podobě

Pro zpracování výsledků byly na základě analýzy rozhovorů stanoveny následující kategorie a subkategorie.

Kategorie 1. Informace obecného charakteru o prostředí intenzivní péče, poskytované ze stran sester rodinám pacientů

Tato kategorie pojednává o poskytování informací rodinným příslušníkům při jejich první návštěvě intenzivních a resuscitačních jednotek. Jakým způsobem probíhá ze stran sester předávání informací o režimu a charakteru oddělení. Mapuje pohled sester na dostupné informační zdroje a návrhy změn, kterými by se usnadnila adaptace rodin na prostředí intenzivní péče, vzájemná komunikace a porozumění.

Subkategorie 1a: Nejčastější forma poskytování informací

Tato subkategorie byla zaměřena na nejčastěji sestrami vedenou formu předávání informací rodinám hospitalizovaných pacientů.

Sestra 1: *„Před první návštěvou příbuzných s rodinou hovoří lékař, který poskytne informace týkající se celkového zdravotního stavu, poté sestra rodinu doprovodí k lůžku pacienta.“*

T: *Poskytujete rodině informace o celkovém vzhledu pacienta, množství alarmů, stavu vědomí pacienta?* „Ano, lékař v souvislosti s poskytováním informací o zdravotním stavu podává informace i o tom, v jakém je pacient vědomí, jak reaguje, jaké přístroje jsou okolo pacienta, že je možné, že budou slyšet časté alarmy.“

Sestra 2: *„Při první návštěvě rodinného příslušníka ošetřující sestra pacienta příbuzné vyzvedne ve filtru, před vstupem na oddělení, poté poučí rodinu o hygienických opatřeních, rodina si obleče ochranný empír, návleky na obuv a je zavedena k lůžku. Před tím ještě většinou čeká na rozhovor s ošetřujícím lékařem pacienta.“*

T: *Je tedy podmínkou a standardem, že před zavedením k lůžku nejprve rodina hovoří s lékařem?* „Ano.“

T: *Na ARO nastávají nezřídka situace, kdy lékař z časových důvodů nemůže ihned přijít a věnovat se dostatečně rodině pacienta, jak postupujete v takovém případě?* „Snažíme se rodině vysvětlit situaci, a usadíme je na chodbě, kde máme židle a vodu pro příbuzné, opakovaně za rodinou chodíme a snažíme se jim mezitím poskytnout informace týkající se ošetrovatelské péče.“

Sestra 3: *„Rodina pacienta při první návštěvě nejprve hovoří s lékařem, ten dostatečně poskytne informace příbuzným a poté je rodina v doprovodu lékaře nebo sestry doprovázena k lůžku pacienta.“*

T: *Kde na oddělení máte umístěn domácí řád?* „Je k dispozici u pracoviště sester.“

Sestra 4: *„Při první návštěvě rodinného příslušníka pacienta informace o chodu oddělení rodině podává ošetřující sestra nebo staniční sestra oddělení. Poskytuje informace o typu našeho zařízení, rodině se dává vyplnit Bibliografický dotazník, poté je rodina zavedena k lůžku pacienta.“*

Sestra 5: „*Staniční sestra nebo ošetřující sestra pacienta poskytuje informace o chodu oddělení. O zdravotním stavu poté ošetřující lékař, většinou ještě před zavedením příbuzných k lůžku pacienta.*“

T: **Kde na oddělení máte k dispozici domácí řád?** „*Myslím si, že visí na chodbě.*“

T: **Jakým způsobem se rodina může dozvědět o jménech osob podílejících se na péči o pacienta?** „*Nevísí nám jména personálu nikde a ani nenosíme vizitky.*“

T: **Z jakého důvodu je tomu tak?** „*Je to tady tak nastaveno, a důvod neznám.*“

Sestra 6: „*Při příjmu nového pacienta, informujeme prvního rodinného příslušníka, který přijde na návštěvu. Dáváme příbuzným vizitku našeho oddělení, kde jsou základní údaje, jako je tel. číslo na oddělení, návštěvní doba, kontaktní email.*“

T: **Poskytujete rodině informace týkající se stavu pacienta, jeho vzhledu, vědomí či množství přístrojů, které pacienta obklopují?** „*Na našem oddělení jsou nejčastěji pacienti přeloženi z akutních jednotek intenzivních lůžek, a tak již zdravotní stav i prostředí příbuzní znají, a z toho důvodu tomu není věnována až taková pozornost.*“

T: **Jak se může rodina dozvědět o jménech osob podílejících se na péči o pacienta?** „*Z bezpečnostních důvodů nenosíme vizitky, a tak pouze ústně pokud, se rodina zajímá například o jméno ošetřující sestry, my sestry jim jméno sdělíme.*“

T: **Říkáte z bezpečnostního důvodu, můžete upřesnit?** „*Vzhledem k časté manipulaci s pacientem, vizitky poměrně překáží v práci, jiný důvod není.*“

Sestra 7: „*Rodina pacienta při první návštěvě před vstupem k lůžku nejprve hovoří s lékařem. Po té je v doprovodu ošetřující sestry rodina zavedena k lůžku pacienta, kde jim pak my sestry často odpovídáme na dotazy.*“

T: **Jaké jsou nejčastější dotazy příbuzných na Vás jako na sestru?** „*Nejčastěji jaké pomůcky nebo potraviny mohou pacientovi donést.*“

T: **V případě, že se jedná o pacienta v bezvědomí?** „*Potom rodinu nejvíce zajímá, zda je pacient slyší, jestli na něj mohou mluvit, dotýkat se ho, často rodinu také zajímají přístroje, na které je pacient napojen.*“

Sestra 8: „*Staniční sestra nebo ošetřující sestra pacienta poskytuje informace o chodu oddělení. O zdravotním stavu poté ošetřující lékař, většinou ještě před zavedením příbuzných k lůžku pacienta.*“

Sestra 9: „*Sděluje sestra, pečující o pacienta nebo lékař, k nahlédnutí na každém boxu, provozní řád oddělení.*“

T: **Jakým způsobem má rodina možnost získat informace o jménech osob podílejících se na péči o hospitalizovaného pacienta?** „*Vizitky zaměstnanců a na chodbě našeho oddělení visí informační tabule se jmény osob, které mají aktuálně službu.*“

T: **Kdo má na starost aktuálnost této tabule?** „*Noční služba sester.*“

Subkategorie 1b: Pravidla návštěv oddělení intenzivní péče

Oddělení intenzivní medicíny je specifické a vyžaduje speciální režim týkající se časové možnosti návštěv, návštěv dětí a návštěv dle aktuálního chodu oddělení a momentálního zdravotního stavu pacienta. V této subkategorii se sestry zmiňují o četnosti návštěv příbuzných, návštěvní době, tolerování návštěv dětí na oddělení.

Sestra 1: „Návštěvy příbuzných se snažíme organizovat v odpoledních hodinách. Pokud je pacient například v terminální fázi nemoci, tolerujeme návštěvu v jakoukoliv dobu, třeba i přes noc. Stejně tak rodině říkáme, že maximálně mohou k lůžku tři osoby, v případě, že se příbuzných na návštěvu dostaví více, musejí se prostrídat. Pokud je pacient v terminální fázi a rodina má zájem být společně s příbuzným, tolerujeme více osob.“

Sestra 2: „Často rodina před návštěvou telefonuje na oddělení s dotazem, zda se může dostavit v určitý čas. Po domluvě s rodinou, dle aktuálního zdravotního stavu a chodu oddělení, se rodina dostaví osobně. Čas se snažíme směřovat do odpoledních hodin. Maximálně pouštíme k lůžku pacienta tři osoby. Děti mají zakázaný vstup na oddělení.“

Sestra 3: „Máme stanovenou návštěvní dobu, ale tolerujeme i dle dohody v jiný čas. Děti mají do dvanácti let zákaz, a v tomto případě netolerujeme ani výjimečné situace. Snažíme se omezit počet do tří osob, ve výjimečných situacích tolerujeme i více osob.“

T: V jakých ojedinělých případech, můžete uvést konkrétní příklad? „V situaci, kdy pacient umíral a členové rodiny se chtěli společně rozloučit, potom v situaci, kdy členové rodiny velmi těžce nesli zdravotní stav pacienta, ale chtěli být nějaký čas u pacientova lůžka a vzájemně se psychicky podporovat, tak v této situaci jsme tolerovali pět osob.“

Sestra 4: „Máme stanovenou návštěvní dobu od 13:00 – 17:00, ale často rodina zavolá, že přijde dopoledne a je jim to dovoleno.“

T: Je časově či počtem osob omezena návštěva rodinného příslušníka? „Časově ne, ale počtem osob ano, máme oficiálně uvedeny dvě osoby, vzhledem k malým prostorům mezi lůžky, ale dle domluvy, a z důvodu toho, že se snažíme zachovat domácí prostředí, jsme tolerovali i pět osob u lůžka pacienta.“

T: Jakým způsobem je tolerována návštěva dětí na Vašem oddělení? „Mladiství mají zákaz vstupu, ale po domluvě je i dětem vstup povolen.“

Sestra 5: „Máme stanovenou návštěvní dobu od 13:00 – 17:00, ale záleží na domluvě, tolerujeme i jiný čas.“

Sestra 6: „Návštěvy máme od 13:00 do 17:30 hodin. Ale samozřejmě tolerujeme i časy dle domluvy, máme rodinu, která z pracovních důvodů chodí vždy až kolem 20:00.“

T: Je časově či počtem osob omezena návštěva rodinného příslušníka? „Snažíme se neomezovat příbuzné v tomto ohledu. Pouze co se týká poslední návštěvy a ta je tolerovaná do 21:00.“

T: Jakým způsobem je tolerována návštěva dětí na Vašem oddělení?

„Jak stojí v zákoně, že by děti neměly do 15 – ti let navštěvovat typy tohoto oddělení, tak to také tolerujeme. Samozřejmě děláme občas výjimky. Protože zde máme chronické pacienty třeba pacientku, která vyžaduje podporu dýchacího přístroje a v takovém stavu jako je teď, je již 9 let, tak u ní například primář oddělení svolil a je tedy tolerována návštěva dětí, protože jsou na ni již zvyklé. V jiném případě pokud máme pacienta, který si prošel před námi akutní péčí z nějakého vážného důvodu, tak zde návštěvy netolerujeme.“

Sestra 7: T: Jakou formou je rodina informována o režimových opatřeních Vašeho oddělení?

„Sděluje sestra, pečující o pacienta nebo lékař, k nahlédnutí na každém boxu, provozní řád oddělení.“

T: Jakým způsobem se rodina může dozvědět o jménech osob podílejících se na péči o pacienta? *„Vizitky personálu, na chodbě oddělení máme informační tabuli, kde jsou uvedeny jména sester a sloužícího lékaře v daný den.“*

T: Jaké jsou pravidla Vašeho oddělení v souvislosti s návštěvami pacientů?

„Před zavedením k lůžku pacienta, rodinu nejčastěji ošetřující sestra informuje o režimu a chodu oddělení. Dále v případě potřeby poskytne ochranné pomůcky.“

T: Je časově či počtem osob omezena návštěva rodinného příslušníka? *„Snažíme se vyhovět přáním příbuzných, nemáme přesně stanovený počet osob, ale maximálně jsme pouštěli pět osob k lůžku, a to již bylo dosti nepříjemné pro ostatní pacienty, jelikož máme boxový systém o dvou a třech lůžkách, a nepříliš prostoru okolo lůžek.“*

T: Kdo schválil větší počet osob u lůžka nemocného? *„Staniční sestra po dohodě s ošetřujícím lékařem.“*

T: Jakým způsobem je tolerována návštěva dětí na Vašem oddělení? *„Děti mají zákaz vstupu.“*

Sestra 8: *„Na chodbě nám visí informační tabule se jmény zdravotníků, kteří aktuálně pečují o pacienty, tedy jména sester a lékařů. Máme pevně danou návštěvní dobu, která po domluvě může být tolerována i v jiný čas.“*

T: Jakým způsobem je tolerována návštěva dětí na Vašem oddělení? *„Zákaz návštěv dětí, pouze ve výjimečných situacích po předešlém schválení staniční sestry a vedoucího lékaře.“*

Sestra 9: T: Jakým způsobem se rodina může dozvědět o jménech osob podílejících se na péči o pacienta? *„Od vedoucího lékaře na oddělení, vizitky jednotlivých zdravotnických pracovníků.“*

T: Jaké jsou pravidla Vašeho oddělení v souvislosti s návštěvami pacientů? *„Pevná návštěvní doba (eventuálně výjimka, při zhoršení stavu pacienta, při problémové dopravní či pracovní dostupnosti příbuzných).“*

T: Je časově či počtem osob omezena návštěva rodinného příslušníka? *„Časově ne, pokud to stav pacienta a chod oddělení umožňuje, počet osob u lůžka je omezen na max. 3 osoby.“*

T: Jakým způsobem je tolerována návštěva dětí na Vašem oddělení? *„Zákaz návštěv dětí do 11 let.“*

Subkategorie 1c: Informační materiál pro rodinné příslušníky

Informace podané rodinným příslušníkům ústní formou jistě nebudou tak relevantní, neboť rodina pacienta je obklopena neznámým, stresujícím prostředím s obavami o blízkého, hospitalizovaného pacienta. Informace podané v písemné formě, které zahrnují základní, pro rodinu podstatné informace mohou jednak ulehčit adaptaci rodinám pacientů na prostředí intenzivní péče, a zdravotníkům pak usnadnit vzájemnou komunikaci a edukaci s rodinami pacientů. ARO jako jediné ze zbylých dvou oddělení, na kterém výzkum probíhal, vlastní informační brožuru, specificky vytvořenou pro rodinné příslušníky.

Subkategorie hodnotí dostupné informační materiály pro rodinné příslušníky a návrhy, které by vedly ke zlepšení informovanosti příbuzných z pohledu sester.

Sestra 1: *„Informační brožuru obdrží každý rodinný příslušník, který přijde na návštěvu za pacientem, jsou tam kromě základních informací uvedeny také kontakty na naše oddělení.“*

T: Kde na oddělení je brožura umístěna, a jaké konkrétní informace zahrnuje? *„Umístěna je na stole u vstupu na oddělení, kde jsou také židle, a rodina zde často čeká, pokud chce hovořit s lékařem, nebo z důvodu chodu oddělení, nelze ihned navštívit pacienta. Jsou v ní uvedeny kontakty, a základní pojmy, se kterými se může rodina v souvislosti s podáváním informací setkat.“*

T: Jaké další informace by dle Vás měly být do brožury zahrnuty? *„Jsou dostačující.“*

Sestra 2: *„Informační brožuru naše oddělení, vytvořila lékařka, která se specializuje na prožívání, a psychologickou pomoc příbuzným. Rodině předáváme brožuru vždy při jejich první návštěvě.“*

T: Jak hodnotíte vytvořenou brožuru? *„Myslím si, že jako pomoc a pro lepší orientaci je brožura vyhotovena na dostačující úrovni. Přidala bych tam informace týkající se denního harmonogramu práce na našem oddělení, protože se často stává, že rodina volá a ověřuje si čas a dění na oddělení, podle toho pak směřuje svou návštěvu.“*

Sestra 3: *„Zahrnula bych více informací prostřednictvím webových stránek naší kliniky. Jako negativní vidím to, že je v brožure uveden údaj o regulačních poplatcích, který již není aktuální. Uvedla bych podrobnosti o věcech, které možno na oddělení přinést, protože to je častá otázka příbuzných. Asi bych neuváděla zahrnutou informaci o tom, jak může rodina podpořit naše oddělení.“*

Sestra 4: *„Rodině dáváme vyplnit bibliografický dotazník, který zahrnuje informace o pacientovi, co má rád, jaké jídlo, hudbu, parfém, a na základě toho potom rodině navrhneme, aby určité oblíbené věci pacient přinesla.“*

Sestra 5: *„Při vstupu na oddělení máme nástěnku, kde jsou informace o bazální stimulaci, kterou na našem oddělení provádíme, jinak prostřednictvím ošetřujících nebo staničních sester.“*

T: Má Vaše oddělení k dispozici informační brožuru, leták pro příbuzné? *„Pouze dotazník týkající se pacientových oblíbených činností před onemocněním.“*

T: Máte návrh, jak by se dala vylepšit informovanost rodinných příslušníků o oddělení intenzivní péče, jeho charakteru a provozu? „Je to individuální, jsou rodiny, kterým se jednorázově podají informace a tolerují a chápou to, pak jsou rodiny, které se na danou věc ptají několikrát. Myslím, že nějaká brožura, která by byla vytvořena individuálně pro naše oddělení, by mohla být nápomocná, jak příbuzným tak i sestřám.“

Sestra 6: T: Které informace týkající se provozu a charakteru Vašeho oddělení považujete za nezbytné, a měly by být poskytnuty rodinným příslušníkům vždy v souvislosti s návštěvou oddělení? „Informujeme o tom jaký, je to typ oddělení, jak zde bude s pacientem zacházeno, o provozu oddělení, jaké pomůcky může rodina přinést. Dále rodině dáváme vyplnit dotazník s bibliografickými údaji, kde příbuzní vyplní základní zvyky a oblíbené činnosti pacienta. Uplatňujeme u nás i bazální stimulaci, takže při první návštěvě informujeme i o tom.“

T: Kde všude mají příbuzní možnost získat potřebné informace související s hospitalizací jejich blízkého, hospitalizovaného pacienta? „Při první návštěvě obdrží informační leták. Dále máme informace i na webových stránkách pro příbuzné.“

T: Jaké informace jsou uvedeny na webových stránkách Vaší kliniky? „Na webu je uvedeno, jaký jsme typ oddělení, je zde jméno primáře, lékařů a vedoucí sestry, dále je tam uveden kontaktní telefon a email.“

T: Má Vaše oddělení k dispozici informační brožuru, leták pro příbuzné? „Vytvářela ji staniční sestra. Je zde charakterizováno naše oddělení, popsána metoda bazální stimulace, kterou zde využíváme téměř u každého pacienta.“

T: Máte návrh, jak by se dala vylepšit informovanost rodinných příslušníků o oddělení intenzivní péče, jeho charakteru a provozu?

„Vidím uplatnění spíše na oddělení akutní péče, u nás jsou rodiny pacientů většinou již dostatečně informováni, jak se zdravotním stavem pacienta, tak možnostmi, jak se mohou zapojit do péče.“

Sestra 7: T: Kde všude mají příbuzní možnost získat potřebné informace související s hospitalizací jejich blízkého? „Nejvíce informací ústně nejčastěji od ošetřující sestry.“

T: Jaké informace můžou příbuzní nalézt na webu Vaší kliniky

„Na webu v rámci kliniky lze nalézt databázi jednotlivých oddělení, ale podrobnější informace přímo o daných jednotkách tam příbuzní nenajdou.“

T: Má Vaše oddělení k dispozici informační brožuru, leták pro příbuzné?

„Nemá bohužel.“

T: Máte pocit, že by bylo vhodné vytvořit informační brožuru přímo pro Vaše oddělení, která by byla rodinám předávána, a měly by tak v písemné formě základní údaje o chodu oddělení, kontaktech, jménech ošetřujícího personálu

„Jistě by to ulehčilo práci a především komunikaci zdravotníkům, ale obávám se, že by vytvořením brožury sestry ještě méně s rodinami komunikovaly, a tím by si příbuzné ještě více odcizily. Ale pozitivum vidím v tom, že si rodina může poté doma v klidu pročíst brožuru, protože téměř vždy nevstřebá všechny námi podávané informace.“

T: Kdo by měl inovační brožuru vytvářet?

„Zdravotnický pracovník, který má zkušenosti s komunikací s rodinami pacientů. Takže nejlépe lékaři spolu se sestrami z konkrétního pracoviště.“

T: Máte návrh, jak by se dala vylepšit informovanost rodinných příslušníků o oddělení intenzivní péče, jeho charakteru a provozu?

„Delší čas věnovaný rodinám pacientů, neustálé opakování, zviditelnění podstatných informací právě vytvořením nějakého informačního letáku pro konkrétní oddělení.“

Sestra 8: T: Které informace týkající se provozu a charakteru Vašeho oddělení považujete za nezbytné, a měly by být poskytnuty rodinným příslušníkům vždy v souvislosti s návštěvou oddělení?*„Návštěvní doba, kontakt na oddělení, režim oddělení, časový harmonogram práce především po čas denní služby.“*

T: Kde všude mají příbuzní možnost získat potřebné informace související s hospitalizací jejich blízkého?

„Osobní návštěvou našeho oddělení.“

T: Má Vaše oddělení k dispozici informační brožuru, leták pro příbuzné?

„Bohužel ne.“

T: Máte návrh, jak by se dala vylepšit informovanost rodinných příslušníků o oddělení intenzivní péče, jeho charakteru a provozu?

„Právě vytvořením informačního materiálu.“

T: Jaké informace by měly být zahrnuty v informačním materiálu?

„Návštěvní doba, charakteristika našeho oddělení, kontakt na oddělení, jaké osobní věci lze pacientovi přinést.“

Sestra 9: T: Kde všude mají příbuzní možnost získat potřebné informace související s hospitalizací jejich blízkého?*„Pouze na oddělení, kde se pacient nachází.“*

T: Prostřednictvím webových stránek ne?*„Na webu je pouze uvedeno jméno vedoucího lékaře a kontakt na oddělení, což považuji a nedostatečné.“*

T: Má Vaše oddělení k dispozici informační brožuru, leták pro příbuzné?

„Nemá.“

T: Máte návrh, jak by se dala vylepšit informovanost rodinných příslušníků o oddělení intenzivní péče, jeho charakteru a provozu?

„Myslím, že vytvořením letáku by jistě pomohlo především příbuzným se lépe orientovat.“

Kategorie 2. Komunikace a interakce sester s rodinnými příslušníky hospitalizovaných pacientů

Kategorie se věnuje problematice komunikace a vzájemné interakce sester s rodinnými příslušníky v prostředí intenzivní péče. Popisuje specifické rysy takové to komunikace včetně okolností

komunikace, která je ovlivněna četností návštěv příbuzných. Stanovily se subkategorie, o kterých sestry nejčastěji hovořily. Jednalo se především o nejčastější oblasti dotazů příbuzných, a charakteristik významně náročné komunikace z pohledu sester.

Subkategorie 2a: Specifické rysy komunikace sester s příbuznými na oddělení intenzivní péče

Tato subkategorie pojednává o specifických rysech komunikace v prostředí intenzivní péče z pohledu sester.

Sestra 1: *„Komunikace na našem oddělení je specifická, občas psychicky náročná. Ale myslím si, že máme dobrou úroveň komunikace mezi sebou navzájem a rodině pacienta věnujeme maximum. „*

T: *V čem je podle Vás specifická komunikace s rodinami pacientů, ve srovnání se sestrami pracujícími na standardních typech lůžkového zařízení? „Určitě máme bližší, intimnější vztah k pacientovi a jeho rodině. O pacientovi víme podrobné informace, už jen proto, že máme často na starost právě jen jednoho pacienta. “*

Sestra 2: *„Při delší hospitalizaci a častého navazování kontaktu s rodinou je pak užší spolupráce a lepší vzájemná komunikace. “*

Sestra 3: *„Komunikační dovednosti sester hodnotím jako velmi dobré, na profesionální úrovni. S rodinou navazujeme aktivně spolupráci a komunikaci. “*

T: *V čem je specifická komunikace na Vašem oddělení? „Vážnost zdravotního stavu pacienta, velké obavy a strach ze stran příbuzných. “*

Sestra 4: *„Pokud hned zpočátku navodíme dobrou komunikaci jistě to v dalším období vzájemné interakce s příbuznými ovlivní spolupráci. “*

T: *V čem je podle Vás specifická komunikace s rodinami pacientů, ve srovnání se sestrami pracujícími na standardních typech lůžkového zařízení? „Vážný zdravotní stav pacienta, pacient je nejčastěji v bezvědomí a na umělé plicní ventilaci takže se sám účastnit komunikace nemůže. “*

T: *Vnímáte rozdíl ve spolupráci a vzájemné komunikaci s rodinnými příslušníky v souvislosti s časovou délkou hospitalizace pacienta, a četností návštěv příbuzných? „Naše oddělení zajišťuje dlouhodobou péči, takže příbuzné již známe a je s nimi snadnější spolupráce a komunikace. “*

Sestra 5: **T:** *Kdo jako první navazuje na Vašem oddělení kontakt s rodinou? „Ošetřující sestra. “*

T: *Jaké konkrétní informace poskytujete Vy jako sestra příbuzným, před jejich první návštěvou k lůžku pacienta. Upozorňujete např. na množství přístrojů, alarmů, celkový stav pacienta? „Na našem oddělení jsou pacienti, kteří si před tím prošli intenzivní péčí a tak již znají dlouhodobý stav pacienta, i přístroje, které vyžaduje. “*

T: *Můžete popsat nejčastější dotazy příbuzných pacienta před jejich první návštěvou? „Režim oddělení. “*

T: Jakým způsobem podle Vás ovlivní první kontakt s rodinnými příslušníky průběh další spolupráce? „Je to velmi individuální. Jsou rodiny, které si váží naší práce, snaží se sami při poskytování péče pomáhat, a pak jsou rodiny, které především kontrolují naši práci a občas hledají zbytečné problémy.“

T: Co je podle Vás specifické v komunikaci s příbuznými ve srovnání se sestrami pracujícími na standardních typech lůžkového oddělení? „Stavy pacientů.“

T: Vnímáte rozdíl ve spolupráci a vzájemné komunikaci s rodinnými příslušníky v souvislosti s časovou délkou hospitalizace pacienta, a četností návštěv příbuzných? „Pracovala jsem na ARO, kde byla spolupráce a komunikace náročnější v porovnání s našim oddělením dlouhodobé intenzivní péče.“

Sestra 6: „Na standardním oddělení je sestra v menším kontaktu s pacientem i příbuznými z důvodu velké obloženosti lůžek a přibývajících dokumentace.“

T: Vnímáte rozdíl ve spolupráci a vzájemné komunikaci s rodinnými příslušníky v souvislosti s časovou délkou hospitalizace pacienta, a četností návštěv příbuzných? „Dlouhodobě hospitalizovaný: užší spolupráce v rámci seznámení personálu s příbuznými a tím zjednodušení přístupu k pacientovi.“

Sestra 7: T: Co je podle Vás specifické v komunikaci s příbuznými ve srovnání se sestrami pracujícími na standardních typech lůžkového oddělení? „Vyšší psychická náročnost, odolnost, podání více informací ohledně přístrojů, jak mohou s pacientem komunikovat, že i na nemocného v bezvědomí mohou mluvit, držet za ruku. Vysvětlit přístroje, monitor, kabely, monitorované hodnoty.“

T: Vnímáte rozdíl ve spolupráci a vzájemné komunikaci s rodinnými příslušníky v souvislosti s časovou délkou hospitalizace pacienta, a četností návštěv příbuzných? „Rodina již zná chod oddělení, mají více informací, ale vše se především odvíjí od aktuálního zdravotního stavu pacienta.“

Sestra 8: T: Co je podle Vás specifické v komunikaci s příbuznými ve srovnání se sestrami pracujícími na standardních typech lůžkového oddělení? „Musí umět podrobně, srozumitelně komunikovat s příbuznými, být více trpělivé.“

T: Vnímáte rozdíl ve spolupráci a vzájemné komunikaci s rodinnými příslušníky v souvislosti s časovou délkou hospitalizace pacienta, a četností návštěv příbuzných? „Ano, po delším čase a hospitalizaci pacienta je spolupráce s rodinou většinou jednodušší jelikož již znají chod oddělení.“

Sestra 9: T: Jakým způsobem podle Vás ovlivní první kontakt s rodinnými příslušníky průběh další spolupráce? „První dojem je velmi důležitý především získáváme doplňující anamnézu od příbuzných + zdravotní stav před hospitalizací, pokud je pacient v bezvědomí.“

T: Co je podle Vás specifické v komunikaci s příbuznými ve srovnání se sestrami pracujícími na standardních typech lůžkového oddělení? „Na standardním oddělení je sestra v menším kontaktu s pacientem i příbuznými z důvodu velké obloženosti lůžek a přibývajících dokumentace.“

T: Vnímáte rozdíl ve spolupráci a vzájemné komunikaci s rodinnými příslušníky v souvislosti s časovou délkou hospitalizace pacienta, a četností návštěv příbuzných? „Dlouhodobě hospitalizovaný: užší spolupráce v rámci seznámení personálu s příbuznými a tím zjednodušení přístupu k pacientovi.“

Subkategorie 2 b: Nejčastější dotazy příbuzných

Subkategorie 2b zahrnuje informace o nejčastějších dotazech příbuzných na ošetřující sestry hospitalizovaného pacienta.

Sestra 1: „Nejvíce rodinu zajímá zdravotní stav a obrací se na nás s dotazy, jak vnímám já jako sestra zdravotní stav, což samozřejmě není jednoduché vždy správně reagovat, dále se rodina často ptá, jak se pacient chová v průběhu dne, zda nějakým způsobem reaguje na oslovení, při hygieně.“

Sestra 2: „Standardem je, že před návštěvou samotného pacienta rodina hovoří nejprve s lékařem. Potom se na nás na sestry obrací s minimem dotazů, protože nejvíce rodinu vždy zajímá zdravotní stav. Často se rodina ptá, nás ošetřujících sester, jak vnímáme y prognózu pacientova stavu.“

T: Jak reagujete při takové otázce? „Snažím se rodinu vždy povzbudit, nedávám zbytečné plané naděje, snažím se být neutrální, a raději se vždy odkazuji na lékaře v tomto případě.“

Sestra 3: „Rodina se nejvíce zajímá o zdravotní stav, a pak se nás sester občas ptají na přístroje její funkčnost, důvody aktuálního stavu vědomí pacienta.“

Sestra 4: „Obecnými dotazy je zdravotní stav, návštěvní doba a věci, které lze přinést na oddělení.“

Sestra 5: „Režim oddělení, protože na našem oddělení jsou pacienti, kteří si před tím prošli intenzivní péčí a tak již příbuzní většinou znají dlouhodobý stav pacienta, i přístroje, které vyžaduje.“

T: Jaké nejčastější diagnózy pacientů jsou na Vašem oddělení hospitalizovány? „Nejčastěji Apalický syndrom, stavy po cévních mozkových příhodách a onemocnění, které vyžaduje ventilační podporu.“

Sestra 6: „Jsou to dotazy týkající se chodu oddělení.“

Sestra 7: „Zdravotní stav a návštěvní hodiny.“

Sestra 8: „Informace o zdravotním stavu.“

Sestra 9: „Co se týká celkového zdravotního stavu, informace, které lékař neposkytl v souvislosti se zdravotním stavem nebo nedokáže podat, jelikož netráví u lůžka pacienta 24 hodin denně jakožto sestra, která dokáže i sebe menší změny zdravotního stavu zachytit.“

Subkategorie 2c: Komunikačně náročné situace

V prostředí intenzivní péče je kromě náročné péče také zcela významná a vždy individuální komunikace, která je ovlivněna obsahem a vážností podávaných informací. Tato subkategorie specifikuje komunikace v typicky náročných situacích z pohledu sester.

Sestra 1: *„Při možnostech dárcovství orgánů.“*

Sestra 2: *„Komunikace s pozůstalým, to hodnotím jako velmi náročnou část, dokonce nejnáročnější, a člověk se na takovou situaci nedokáže připravit ani po letech praxe na ARO.“*

Sestra 3: *„Sledovat jak příbuzní sedí u lůžka pacienta, který je v terminálním stádiu nemoci a jen čekají, jakmile pacient zemře, jak se tak stane, to hodnotím jako velmi složitou situaci, a člověk neví, zda má mluvit, nemluvit, jak rodinu co nejvíce podržet.“*

T: Máte ověřený přístup v takové situaci, který považujete za příznivý? *„Rodina často se slzami v očích beze slov opustí oddělení, a myslím si, že je to v té chvíli lepší pro rodinu i personál.“*

Sestra 4: *„Jako náročné považuji sdělení o zhoršení zdravotního stavu pacienta, i přesto, že jsou u nás pacienti chronicky nemocní, náhlá změna rodinu stejně i tak rodinu vždy zasáhne.“*

Sestra 5: *„Zhoršení zdravotního stavu.“*

Sestra 6: T: Můžete popsat situaci v průběhu Vaší praxe, kterou hodnotíte jako komunikačně náročnou ve vzájemné spolupráci a komunikaci s příbuznými? *„Tím, že máme i čtyřlůžkové pokoje pro stabilnější pacienty, jsem zažila situaci, kdy navštívila rodina pacienta, a pacient ležící vedle, o kterého jsem se staral, si stěžoval, že potřebuje vyměnit plínu. Rodina se do mě pustila ve smyslu mé neschopnosti k práci, ale já se v tu chvíli starala o jiného pacienta, kterému jsem vykonávala hygienu, a tak musela nastoupit vedoucí sestra směny, rodinu vyprovodit z pokoje, aby nerušili ostatní ležící, a situaci jim objasnit.“*

T: Nastala situace, kdy jste odmítla komunikovat s rodinným příslušníkem při návštěvě Vašeho oddělení? *„Neodmítla jsem spolupracovat, pouze jsem povolala vedoucí sestru směny, ať příbuzným objasní situaci a poučí je, o jejich v té chvíli nevhodném chování.“*

Sestra 7: *„Umírání a závažný zdravotní stav.“*

T: Nastala situace, kdy jste odmítla komunikovat s rodinným příslušníkem při návštěvě Vašeho oddělení? *„Ne, je pravda, že jsem za svou dlouholetou praxi nejednala vždy, tak jak bych úplně měla, ale vždy na hranici slušnosti a odbornosti.“*

T: Můžete specifikovat situaci, při které byste nyní jednala jinak? *„Konfliktní rodina, nesnažila jsem se ji uklidnit, ale přenechala jsem péči o pacienta a tedy i spolupráci s rodinou jiné kolegyni.“*

Sestra 8: „Zhoršený zdravotní stav pacienta.“

Sestra 9: T: Můžete popsat situaci v průběhu Vaší praxe, kterou hodnotíte jako komunikačně náročnou ve vzájemné spolupráci a komunikaci s příbuznými? „Po zřetelném zákazu jak slovním, tak informačním před vchodem na oddělení, zákaz focení a používání mobilních telefonů, tak i přes to příbuzní porušili tento zákaz a pacienta v bezvědomí fotili + okolí (v okolí další klienti).“

T: Jak jste reagovala? „Ihned co jsem to zpozorovala, zavolala jsem vedoucího lékaře a vrchní sestru ti situaci vyřešili.“

T: Nastala situace, kdy jste odmítla komunikovat s rodinným příslušníkem při návštěvě Vašeho oddělení? „Situace popsaná výše, ohledně focení pacienta v bezvědomí jeho rodinou.“

Kategorie 3. Zapojení příbuzných do péče

Tato kapitola se věnuje problematice zapojení příbuzných, hospitalizovaných pacientů do vzájemné spolupráce. V prostředí intenzivní péče není mnoho oblastí, do kterých by bylo možno rodinu pacienta zapojit. I přesto lze naleznout alespoň minimum úkonů, které by rodina mohla poskytnout již pro samotný uspokojivý pocit, že je v péči o hospitalizovaného pacienta nápomocná. Spolupráce a zapojení do péče se liší dle charakteru typu oddělení intenzivní péče a pojednává o tom tato kategorie a konkrétní oblasti specifikuje následující subkategorie 3a.

Subkategorie 3a: Oblasti zapojení příbuzných do péče o pacienta

Sestra 1: „Spolupráce s rodinami pacientů je velmi individuální, jsou rodiny, se kterými je spolupráce dobrá, těch je většina, pak jsou rodiny problémové, které hledají chyby na naší péči a sami se do péče nechtějí zapojit.“

Sestra 2: „Snažíme se zapojovat příbuzné minimálně do péče, pokud o to mají zájem. Poprosíme o přinesení potřebných pomůcek nejčastěji hygienických, dále rodinu poučujeme, ať s příbuzným hovoří, dotýkají se ho.“

Sestra 3: „Je nutno brát rodinu jako součást pacienta, a s nimi navazovat spolupráci.“

T: V jakých oblastech je rodina nápomocná nejčastěji? „Pokud to zdravotní stav dovolí, tak krmení a potom nejčastěji promazání pokožky, jemné masírování končetin.“

Sestra 4: „Na oddělení aktivně zapojujeme příbuzné, uplatňujeme skoro na každém pacientovi bazální stimulaci, do které zapojujeme i příbuzné.“

T: V jakých oblastech péče o pacienta zapojujete příbuzné? „Krmení, rodina přináší oblíbené věci pacienta, jako například coca - cola, kterou pak pacientovi potírají příbuzní rty nebo pouští oblíbenou muziku, okolo pacienta často vystavují společné fotky.“

Sestra 5: „Rodina má zájem se zapojovat do péče, což také má pozitivní vliv na pacienta.“

T: V jakých oblastech péče o pacienta zapojujete příbuzné? „Krmení, dopomoc při hygieně.“

Sestra 6: T: Jaký máte názor na zapojení příbuzných na péči o pacienta? *„Příbuzné aktivně zapojujeme již při jejich první návštěvě do péče. Určitě si myslím, že je to dobře, jak pro personál, tak především pro rodinu.“*

T: V čem je to dobré pro rodinu, pacienta a v čem pro Vás jako sestru

„Navazováním kvalitní spolupráce je podle mého názoru rodina klidnější, že je o pacienta dobře postaráno. Pacient má jistě pocit dobré péče a sestrám to pak pomáhá k navazování komunikace a spolupráce s rodinou.“

T: V jakých oblastech péče o pacienta zapojujete příbuzné?

„Rodina nám pomáhá polohovat, krmit, uplatňujeme společně prvky bazální stimulace.“

Sestra 7: *„Rodině musí být zapojena do péče, ale předem nutno vysvětlit.“*

T: V jakých oblastech péče o pacienta zapojujete příbuzné?

„Pokud to dovoluje zdravotní stav pacienta, tak v hygieně, dopomoc při krmení, chůze po oddělení, výjimečně aplikace enterální výživy, ošetření stomie. Většinou je to možné jen v omezené míře vzhledem k prostředí intenzivní péče.“

Sestra 8: *„Snažíme se aktivně zapojovat rodinné příslušníky do péče o pacienta.“*

T: V jakých oblastech péče o pacienta zapojujete příbuzné? *„Pokud to zdravotní stav umožňuje nejčastěji výživa.“*

Sestra 9: *„Příbuzné se snažím vždy zapojovat do péče především je motivovat, aby s pacientem hovořili, i když je v bezvědomí a to velmi hlasatelně.“*

T: V jakých oblastech péče o pacienta zapojujete příbuzné? *„Rehabilitace, dodržování léčebného režimu (pitný režim, dieta).“*

Kategorie 4. Vzdělávací aktivity sester v oblastech komunikace

Kategorie zahrnuje názory sester na problematiku komunikace a dosavadní vzdělávací možnosti na danou oblast specifickou pro prostředí intenzivní péče z pohledu sester.

Subkategorie 4a: Dostupné vzdělávací možnosti

Subkategorie pojednává o pohledu sester na dosavadní vzdělávací možnosti v oblastech komunikace.

T: Při jaké příležitosti jste byla účastí vzdělávání v oblastech komunikace?

Sestra 1: *„V rámci komunikace jsem nebyla účastí na žádném semináři ani kurzu. Pouze okrajově v rámci výuky na vysoké škole v předmětu Psychologie.“*

Sestra 2: „Pouze okrajově na vysoké škole, ale zcela minimálně, jinak jsem za dob své dvacetileté praxe nebyla nikdy na žádném semináři na téma komunikace či reakce v náročných situacích.“

Sestra 3: „Nebyla jsem nikdy v rámci vzdělávání na téma komunikace účastí.“

Sestra 4: „Své komunikační dovednosti hodnotím kladně. I přesto, že jsem doposud nikdy nebyla na žádném kurzu na téma komunikace.“

Sestra 5: „Minimálně v rámci studia.“

Sestra 6: „Pouze okrajově při studiu Intenzivní péče v předmětu Psychologie.“

Sestra 7: „V rámci studia vysoké školy.“

Sestra 8: „Minimálně v rámci studia vysoké školy.“

Sestra 9: T: Při jaké příležitosti jste byla účastí vzdělávání v oblastech komunikace?

„Nebyla jsem účastí, pouze v rámci bakalářského studia, ale velmi okrajově.“

Subkategorie 4 b: Návrh zlepšení pro praxi

T: Vnímáte potřebu či přínos pro sestry a lékaře, v rozšíření vzdělání v oblastech komunikace. Máte konkrétní návrh na vzdělávání v oblastech komunikace např. rozšířením výuky na školách nebo účastí na kurzech v rámci zaměstnání?

Sestra 1: „Rozšířila bych výuku na vysokých školách, a to jak u sester tak lékařů. Například by podle mě byla efektivní výuka vedena přímo ukázkami na modelových situacích, a studenti by se učili reagovat a byli by více připraveni pro praxi.“

Sestra 2: „Myslím si, že komunikace je tak individuální a specifická, že všeobecné absolvování kurzu by nesplnilo větší efekt. Avšak velké plus vidím, účast na kurzech nebo seminářích s tematikou komunikace s pozůstalými. To i já jako sestra s poměrně letitou zkušeností hodnotím jako velmi náročnou situaci, v případě kdy musím s pozůstalými jednat. V tomto vidím skutečně velké plus, které by jistě sestrám pomohlo.“

Sestra 3: „Řekla bych, že je to za každé situace velmi individuální a nedá se nato připravit. Člověk si předem třeba promítá, jak by asi měl reagovat a jakmile se dostane přímo to situace kdy má třeba jednat s rodinou terminálně nemocného mladého člověka, nikdy dle mého názoru nejedná stejně či dle nějakého vhodného postupu.“

Sestra 4: „Myslím si, že kurz se zaměřením na komunikaci by uvítala spousta mých kolegyň.“

Sestra 5: „Ráda se sebevzdělávám, a tak by jistě byl přínosem i kurz na téma komunikace s rodinami pacientů.“

Sestra 6: „Určitě by to splnilo svůj účel. Například rozšíření výuky na fakultách směřované na praktické cvičení, kdy by se přímo učili studenti komunikovat na modelových situacích.“

T: Máte návrh na konkrétní vzdělávací program? „Začala bych rozšířením na školách, dnes máme vysokoškolsky vzdělané sestry, ale občas komunikace není zrovna profesionální, dále pak pravidelnou účastí na vzdělávacích kurzech či konferencích.“

Sestra 7: „Začala bych rozšířením na školách, dnes máme vysokoškolsky vzdělané sestry, ale občas komunikace není zrovna profesionální, dále pak pravidelné účastí na vzdělávacích kurzech či konferencích.“

Sestra 8: „Ano, rozšířila bych výuku na vysokých školách.“

Sestra 9: „Vidím přínos spíše ve finanční motivaci, než v kurzu komunikace. Veškerá asertivita se podle mě odvíjí od finanční stránky. Na kurzy se jezdí v osobním volnu za vlastní finanční prostředky to je pro samotné zaměstnance dostatečný důvod, proč nemají o sebe vzdělávání většinou zájem.“

Kategorie 5. Komunikační dovednosti lékařů z pohledu sester

I přes to, že cílem této diplomové práce nebylo hodnotit komunikační dovednosti lékařů, sestry se na podávání informací ze stran lékařů často obracely. Podle nich má zásadní a podpůrný význam, který poté usnadní komunikaci také samotným sestrám s rodinami pacientů. Proto byla zvolena i tato kategorie s následnými subkategoriemi.

Subkategorie 5a: Množství poskytnutých informací

Subkategorie specifikuje pohled sester na dostatečnou nebo nedostatečnou míru poskytnutých informací ze stran lékařů, rodinám hospitalizovaných pacientů.

Sestra 1: „Přístup lékařů k rodinám pacientů hodnotím jako výborný. Rodině poskytují dostatek informací, vždy si nechávají dostatek času při poskytování informací k rodině.“

Sestra 2: „Lékaři mají profesionální chování a poskytují dostatek informací.“

Sestra 3: „Hodnotím jako velmi dobrou. Občas by lékaři měli více komunikovat s rodinou a například i opakovat informace, protože rodina je ve stresu, ne vše si zapamatuje a potom se obrací s dotazy na nás sestry. Lékaři jsou v tomhle ohledu občas neochotní, tomu přikládám jako důvod jejich pracovní vytíženost.“

Sestra 4: „Stabilně máme tři lékaře, a každý má dobré komunikační schopnosti.“

T: Vyjadřují příbuzní častěji komunikaci s lékaři nebo se sesterským personálem?

„Když přijdou poprvé častěji s lékařem, při dlouhodobější hospitalizaci pacienta pak s ošetřující sestrou.“

T: V jakých situacích je dle Vás v komunikaci s lékaři žádoucí i přítomnost Vás sestry?

„Často komunikujeme s rodinou společně s lékařem u lůžka pacienta.“

Sestra 5: **T:** Vyjadřují příbuzní častěji komunikaci s lékaři nebo se sesterským personálem? „Se sestrami.“

T: Nastávají situace, kdy rodina dostává rozdílné informace od jednotlivých členů týmu, případně uveďte konkrétní případ?

„Ne, jen situace, kdy se zhorší zdravotní stav pacienta, a rodina žádá vysvětlení o rozdílnosti podané informace v předchozím dni, a nedokáže pochopit, že je možné, že se v průběhu hodin může zdravotní stav pacienta zhoršit.“

T: V jakých situacích je dle Vás v komunikaci s lékaři žádoucí i přítomnost Vás sestry?

„Při problémové rodině, ale spíše bych volila přítomnost dvou lékařů.“

Sestra 6: „U nás na oddělení máme stabilní 3 lékaře. Myslím, že rodině poskytují dostatečné informace. Nebyla jsem za dob mé praxe svědkem, že by si třeba konkrétně mně rodina stěžovala, že má pocit, že neporozuměla sdělení či dokonce, bylo nedostatečné.“

Sestra 7: „Na našem oddělení velmi pozitivně. Vždy si najdou dostatečný čas a prostor na podání informací rodině.“

T: Máte pocit, že ze stran lékařů je rodině poskytnut dostatek informací? „Určitě ano, lékaři se snaží být trpěliví, mluví pravdivě, na rovinu, a vše se snaží rodině vysvětlit.“

Sestra 8: „Lékaři se snaží být trpěliví, dle potřeby informace znovu opakují.“

Sestra 9: „Dle mého názoru by měla nastat podrobnější, častější a osobitější komunikace. Ale z důvodu časového omezení lékařů to není vždy zcela možné.“

T: V jakých oblastech pocítujete nedostatek informovanosti? „Aktuální výsledky spojené s léčbou (laboratorní vyšetření, výsledky neinvazivních vyšetření).“

T: Vyjadřují příbuzní častěji komunikaci s lékaři nebo se sesterským personálem? „S lékaři častěji.“

Subkategorie 5b: Záznam podaných informací do dokumentace

Sestra 1: „Pouze ústní předání, záznam do dokumentace jen pouze jako informace, že se s rodinou hovořilo.“

Sestra 2: „Lékaři nepořizují záznam do dokumentace vždy. Jen v případě, že se jedná o vážné a změněné souvislosti s léčbou po dohodě s rodinou, jako třeba přechod na paliativní léčbu.“

Sestra 3: „Pouze ústně, občas musíme od lékařů zjišťovat podrobnosti, které v souvislosti s léčbou pacienta rodině poskytl.“

Sestra 4: „Pouze ústně.“

Sestra 5: „Pouze ústně.“

Sestra 6: T: Jakým způsobem probíhá ve Vašem týmu sdílení informací, které byly poskytnuty příbuzným (pouze ústně, záznamem do dokumentace)? „Lékaři komunikují pouze ústně s rodinou, nevedeme záznam v dokumentaci, ale při ranní vizitě, kdy se sejdou lékaři včetně primáře a staniční sestry se hovoří také i na téma příbuzných a projednávají se konkrétní okolnosti dané spolupráce, co bylo řečeno nebo má být řečeno příbuzným.“

T: Jak se takové informace dostanou k ošetřujícím sestráům?

„Staniční sestra jednotlivým sestráám sdělí podstatné informace získané v rámci porady s lékaři.“

Sestra 7: T: Jakým způsobem probíhá ve Vašem týmu sdílení informací, které byly poskytnuty příbuzným (pouze ústně, záznamem do dokumentace)? „Pouze ústně.“

T: Jak by se podle Vás dalo předejít takové situaci? „Nejvíce asi přesným zápisem do dokumentace, co bylo řečeno.“

T: V jakých situacích je dle Vás v komunikaci s lékaři žádoucí i přítomnost Vás sestry?

„Konfliktní rodina.“

Sestra 8: „Ústně.“

Sestra 9: T: Jakým způsobem probíhá ve Vašem týmu sdílení informací, které byly poskytnuty příbuzným (pouze ústně, záznamem do dokumentace)? „Informace se předávají předáváním služby ústně a máme záznam i ošetřovatelské dokumentaci.“

Subkategorie 5b: Předcházení konfliktních situací a rozdílně podaných informací

Tato subkategorie byla vytvořena po rozhovoru se sestrami z jednoho z pracovišť, kdy bylo zjištěno, že problém není v komunikaci ze stran lékařů, ale občas má rodina pocit, že jim jsou podány rozdílné informace o zdravotním stavu hospitalizovaného pacienta, a ne vždy zcela chápou, že zdravotní stav pacienta se v prostředí intenzivní péče může měnit z minuty na minutu. Subkategorie charakterizuje konfliktní situace a hodnotí názory sester na strategii, kterou by se takové situace zredukovaly.

Sestra 1: „*Konfliktní situace nastávají velmi výjimečně v souvislosti s poskytováním informací.*“

Sestra 2: „*Za dob mé praxe si pamatuji, že jedna lékařka poskytla rodině informace o zdravotním stavu hospitalizovaného pacienta, který se zdál být příznivý, a po jednom dnu při zhoršení stavu jiná lékařka poskytla té samé rodině informace ne zrovna příznivé, a rodina si neuvědomovala, že dřívější podané informace, získala od jiné lékařky a dožadovala se mne vysvětlení, jak je možné, že po jednom dnu léčení najednou ta samá lékařka udává něco jiného, byla to velmi nepříjemná situace.*“

Sestra 3: „*Stává se, že rodina si přesně nepamatuje osoby a informace poskytnuté od lékařů, a poté vyžaduje po nás sestřích, abychom poskytovali informace, které nejsou v naší kompetenci.*“

T: Jak by se dalo takové situaci předejít? „*Nejlepší by byl přesný zápis sdělených informací do dokumentace pacienta, ověřené podpisem člena rodiny.*“

Sestra 4: „*Občas se vyskytne problémová rodina, a nejčastěji se stává, že nedokáže dostatečně pochopit zhoršení zdravotního stavu, a přikládají vinu nám zdravotnickému personálu.*“

Sestra 5: „*Nesetkala jsem se s problémovou situací.*“

Sestra 6: „*Nesetkala jsem se.*“

Sestra 7: T: Nastávají situace, kdy rodina dostává rozdílné informace od jednotlivých členů týmu, případně uveďte konkrétní případ? „*Ne, pouze, že rodina vždy nezachytí veškeré informace a při dalším navazování kontaktu má pocit, že předešlý rozhovor nebyl dostačující a informace byly nedostatečné.*“

Sestra 8: T: V jakých situacích je dle Vás v komunikaci s lékaři žádoucí i přítomnost Vás sestry?

„*Pokud to chod oddělení dovolí, myslím si že jeku prospěchu pokud by za přítomnosti byla i sestra, věděla by, jaké informace lékař konkrétně poskytuje, případně by se mohla vyjádřit aktuálně rovnou i k ošetrovatelské péči a rodina by měla pocit dobré vzájemné spolupráce mezi sestrou a lékařem.*“

Sestra 9: T: Nastávají situace, kdy rodina dostává rozdílné informace od jednotlivých členů týmu, případně uveďte konkrétní případ?

„Nesetkala jsem se.“

T: V jakých situacích je dle Vás v komunikaci s lékaři žádoucí i přítomnost Vás sestry? „Při nevěrohodnosti příbuzných za podmínek vyžadující účasti svědka.“

Kategorie 6. Potřeby rodinných příslušníků

Do jaké míry se věnují sestry v souvislosti s návštěvou příbuzných oddělení intenzivních jednotek prožívání příbuzných, o tom pojednává tato kategorie, která zahrnuje zajímavé výpovědi informantek, především jejich návrhy pro zlepšení do praxe v souvislosti s porovnáním se zahraničními zeměmi.

Subkategorie 6a: Hodnotící nástroje pro rodinné příslušníky

Z literatury zahraničních prací jsem zjistila, že je ve srovnání s našimi podmínkami, výrazněji zaměřena péče sester také na potřeby a prožívání příbuzných především prostřednictvím vytvořených hodnotících nástrojů pro rodinné příslušníky. Z rozhovoru vyplynuly zajímavé postřehy sester na hodnotící nástroje v systému poskytované péče.

Sestra 1: „Na potřeby rodinných příslušníků se zaměřujeme zcela minimálně.“

Sestra 2: „Snažíme se být rodině oporou, a pokud je to v našich silách, jako třeba kontakt na odborníka psychologa, rádi pomůžeme.“

T: V jakých oblastech nejčastěji plníte potřeby příbuzných? „Nejčastěji návštěvy mimo návštěvní dobu.“

T: V zahraničí v souvislosti s příbuznými pacientů využívají různých hodnotících škál, které příbuzní vyplní, a poté ošetřující personál hodnotí potřeby příbuzných, jejich přání a problémy, jste pro zavedení i do praxe v ČR? „V tomto vidím velký přínos, a určitě bych tuto škálu zavedla do praxe.“

Sestra 3: „Minimálně.“

T: V zahraničí v souvislosti s příbuznými pacientů využívají různých hodnotících škál, které příbuzní vyplní, a poté ošetřující personál hodnotí potřeby příbuzných, jejich přání a problémy, jste pro zavedení i do praxe v ČR? „Jistě by to bylo plus pro rodiny pacientů, a rodiny pacientů by to v některých situacích uvítali, na druhou stranu se obávám, že na to není čas vzhledem k provozu oddělení a struktuře stavů pacientů.“

Sestra 4: „Ne, rodina je u nás již smířena se stavem pacienta, problém nastává v případě zhoršení stavu, ale řekla bych, že velmi zřídka.“

T: V zahraničí v souvislosti s příbuznými pacientů využívají různých hodnotících škál, které příbuzní vyplní, a poté ošetřující personál hodnotí potřeby příbuzných, jejich přání a případné problémy, jste pro zavedení i do praxe v ČR? „Řekla bych, že tohle by se uplatnilo spíše na lůžkách akutní péče, u nás ne.“

T: Jakým způsobem vyjadřují rodinní příslušníci zpětnou vazbu spokojenosti či nespokojenosti nejčastěji? „*Finanční podpora oddělení, která nás samozřejmě potěšila.*“

Sestra 5: **T:** Zaobíráte se v souvislosti s péčí o pacienta i prožíváním příbuzných a jejich potřebami?

„*Minimálně, pokud rodina samozřejmě potřebuje poradit, snažím se jim pomoci.*“

T: V zahraniční v souvislosti s příbuznými pacientů využívají různých hodnotících škál, které příbuzní vyplní, a poté ošetřující personál hodnotí potřeby příbuzných, jejich přání a případné problémy, jste pro zavedení i do praxe v ČR?

„*Nevidím v tom přínos, myslím si, že na našem pracovišti jsou rodiny, většinou již smířeny se stavem pacienta.*“

T: Jakým způsobem vyjadřují rodinní příslušníci zpětnou vazbu spokojenosti či nespokojenosti nejčastěji. Jaký důraz tomu klade Vaše oddělení? „*Finanční dary, a pamatuji i paní, která napsala poděkování do novin.*“

Sestra 6: „Je-li to potřeba, psychicky se snažíme příbuzné povzbudit.“ **V zahraniční v souvislosti s příbuznými pacientů využívají různých hodnotících škál, které příbuzní vyplní, a poté ošetřující personál hodnotí potřeby příbuzných, jejich přání a případné problémy, jste pro zavedení i do praxe v ČR?** „*Uvítala bych to i u nás, myslím, že je to velmi vhodná metoda, která by na mnohých odděleních vylepšila spolupráci s rodinami pacientů.*“

T: Jakým způsobem vyjadřují rodinní příslušníci zpětnou vazbu spokojenosti či nespokojenosti nejčastěji. Jaký důraz tomu klade Vaše oddělení? „*Nejčastěji emailem.*“

Sestra 7: „*Ano, snažíme se o empatický, chápající přístup.*“

T: V zahraniční v souvislosti s příbuznými pacientů využívají různých hodnotících škál, které příbuzní vyplní, a poté ošetřující personál hodnotí potřeby příbuzných, jejich přání a případné problémy, jste pro zavedení i do praxe v ČR?

„*Určitě by to pomohlo ke spolupráci a větší psychické pohodě ze stran rodin pacientů.*“

T: Jakým způsobem vyjadřují rodinní příslušníci zpětnou vazbu spokojenosti či nespokojenosti nejčastěji. Jaký důraz tomu klade Vaše oddělení?

„*Nejčastěji formou dopisu přednostovi kliniky, který je rád zveřejňuje v odborných časopisech nebo přímo na ředitelství. Děkovné dopis, které přijdou přímo na adresu našeho oddělení, nám poté visí na nástěnce*“

Sestra 8: **T:** Zaobíráte se v souvislosti s péčí o pacienta i prožíváním příbuzných a jejich potřebami? „*Minimálně.*“

T: V zahraniční v souvislosti s příbuznými pacientů využívají různých hodnotících škál, které příbuzní vyplní, a poté ošetřující personál hodnotí potřeby příbuzných, jejich přání a případné problémy, jste pro zavedení i do praxe v ČR?

„Mohl by to být zajímavý posun pro praxi s příbuznými.“

T: Jakým způsobem vyjadřují rodinní příslušníci zpětnou vazbu spokojenosti či nespokojenosti nejčastěji. Jaký důraz tomu klade Vaše oddělení?

„Nejčastěji ústní poděkování s drobností.“

Sestra 9: *„Dle možnosti oddělení se pokoušíme splnit přání rodiny. Nejčastěji návštěvní dobou mimo tolerovanou dobu.“*

T: V zahraniční v souvislosti s příbuznými pacientů využívají různých hodnotících škál, které příbuzní vyplní, a poté ošetřující personál hodnotí potřeby příbuzných, jejich přání a případné problémy, jste pro zavedení i do praxe v ČR? *„Myslím si, že nato nezbyvá bohužel čas.“*

Subkategorie 6b: Zajištění komfortu rodinným příslušníkům při návštěvě oddělení

Jak je zajišťován komfort rodinám hospitalizovaných pacientů v souvislosti s návštěvou oddělení, o tom pojednává tato subkategorie.

Sestra 1: *„Při příchodu před vstupem na oddělení jsou židle a voda pro rodiny pacientů. Jakmile sestra uvede rodinu k lůžku pacienta, stejně tak nabídne rodině židli.“*

Sestra 2: *„Rodině příbuzných je aktivně nabízena pomoc jak, při samotné návštěvě oddělení, prostým rozhovorem, a posazením k lůžku, tak psychologickou pomocí.“*

Sestra 3: *„Komfort je zajišťován příbuzným okrajově, snahou je především rodinu pacienta dostatečně poučit a seznámit s aktuálním zdravotním stavem, hospitalizovaného pacienta.“*

Sestra 4: *„Nejčastěji návštěvy mimo návštěvní dobu, jednou jsem byla přítomna, když rodina přišla na oddělení v doprovodu lékaře, při příchodu nabízíme židli k lůžku.“*

Sestra 5: *„Pokud to chod oddělení dovolí, tolerujeme přání příbuzných, většinou se týkají návštěv mimo návštěvní dobu nebo vícečetný počet osob u lůžku pacienta.“*

Sestra 6: *„Mimořádná přání se snažíme zohledňovat. Nejčastěji jsou to věci, které má pacient rád, které samozřejmě tolerujeme jako je pouštění oblíbené hudby, vyvěšení obrázků, fotek okolo lůžka.“*

Sestra 7: „Návštěvy i mimo návštěvní hodiny, pokud to provoz oddělení dovolí, pokud si přejí být s příbuzným až dokonce, umožníme to v jakoukoli denní dobu. Informujeme o zhoršení stavu, možnost posledního rozloučení v jakoukoli denní dobu.“

Sestra 8: „Nejčastěji poskytnutí informací o zdravotním stavu pacienta.“

Sestra 9: „Dle možnosti oddělení se pokoušíme splnit přání rodiny. Nejčastěji návštěvní dobou mimo tolerovanou dobu.“

Subkategorie 6c: Možnost doporučení na odbornou pomoc příbuzným

Každá nemoc blízkého člena rodinu negativně zasáhne, do jaké míry je ovlivněno především zdravotním stavem a předpokládanou prognózou. Prostředí intenzivní péče je specifické jednak v péči a vážnostech zdravotního stavu jednotlivých pacientů, a pro rodinné příslušníky, kterým bylo doposud toto prostředí neznámé, může samotný fakt, že je zde jejich blízký hospitalizován způsobit náležité trauma, i za okolností, že je prognóza hospitalizovaného pacienta příznivá. Subkategorie se zaměřuje na nabízenou pomoc rodinám hospitalizovaných pacientů jednotlivých pracovišť intenzivní a resuscitační péče.

Sestra 1: „Často se na nás rodina obrací s problémy, pokud máme řešení jako pomoc psychologa nebo pomoc rodině s formalitami, pomoc nabízíme.“

Sestra 2: „Ano, aktivně nabízíme pomoc příbuzným a to nejen u zemřelých pacientů, ale vždy, pokud máme pocit, že rodina situaci nezvládá, nebo nás někdo ze členů rodin sám požádá o radu.“

Sestra 3: „Ano, nabízíme možnost psychologa, kněze, sociální pracovnice, při návštěvě nabízíme vodu.“

Sestra 4: „Ne.“

Sestra 5: „Nenabízí.“

Sestra 6: „Bohužel ne.“

Sestra 7: „Stává se, že nás rodina požádá o pomoc spíše, co se týká například důchodu pacienta, tak poté dáváme kontakt na sociální pracovníci.“

Sestra 8: „Bohužel ne.“

Sestra 9: „Ano v rámci problému nabídneme pomoc službami, které poskytuje naše nemocnice (sociální pracovnice, psychologka, dobrovolnické centrum, kněz na vyžádání rodiny).“

Kategorie 7: Zajištění soukromí

Kategorie popisuje okolnosti, které vedou k zajištění důvěrné komunikace mezi rodinou a zdravotnickým personálem sester a lékařů. Níže rozčleněné subkategorie pojednávají o prostředí, ve kterém nejčastěji komunikace probíhá, a jak je na jednotlivých odděleních zajištěno důvěrné poskytování informací po telefonu. Po provedení interview bylo zjištěno, že ne všechna oddělení mají uzpůsobeny prostory k vedení soukromého rozhovoru s rodinami hospitalizovaných pacientů. Otázkou zůstává také fakt, zda je předávání informací mezi členy rodin a zdravotním personálem u lůžka nemocného je správné.

Subkategorie 7a: Prostor pro komunikaci s příbuznými

Pro rozhovor s rodinami pacientů je také důležité prostředí, ve kterém je komunikace vedena. Jaké prostory jsou k této situaci nejčastěji využívány, charakterizuje tato vytvořená subkategorie.

Sestra 1: „*S rodinami pacientů je veden rozhovor v prostředí intenzivních jednotek převážně na chodbě, před vstupem na oddělení.*“

Sestra 2: „*V situaci, kdy rodina pacienta chce znát informace související se zdravotním stavem hospitalizovaného pacienta, je ponechán prostor pro prvotní kontakt s ošetřujícím lékařem. Rozhovor je veden v soukromí, kdy lékaři, pokud to chod oddělení umožní, si berou příbuzné stranou a snaží se zajistit maximu soukromého kontaktu.*“

Sestra 3: „*Příbuzní s lékaři komunikují mimo nejvíce rušné prostředí, snaží se zachovat soukromí a všestranný intimní prostor.*“

Sestra 4: „*Nejčastěji u lůžka pacienta.*“

Sestra 5: „*U lůžka pacienta.*“

Sestra 6: „*U lůžka pacienta.*“

Sestra 7: „*Speciální místnost nemáme, pouze u vstupu na oddělení máme dvě židle, kde se mohou posadit a věšák na odložení bundy. Rozhovor vedeme zde, a poté, častěji u lůžka pacienta.*“

Sestra 8: „*Mimo pokoje pacientů, nejčastěji na konci chodby s možností posazení.*“

T: Vnímáte to jako problém

„*Ano, ale bohužel prostory našeho oddělení to nijak jinak neumožňují.*“

Sestra 9: „*Na chodbě.*“

Subkategorie 7b: Poskytování informací po telefonu

Poskytování informací o zdravotním stavu pacienta po telefonu sebou nese jistá rizika. Z vlastní praxe vím, že je v prostředí intenzivní péče je k tomuto způsobu předávání informací přistupováno, avšak se zajištěním jistých pravidel, kterými se předchází riziku nechtěného úniku informací. Zda se tak děje i ve výzkumném vzorku klinik, a pod jakými ochrannými pravidly popisuje poslední vytvořená subkategorie.

Sestra 1: *„Máme s rodinou domluvené heslo pro komunikaci.“* **T:** **Pokud je rodina prvotně na oddělení, prokazují se před vstupem nějakým dokladem?** *„Bohužel ne.“*

Sestra 2: *„Heslo pro komunikaci, je uvedeno v informovaném souhlase, pokud je pacient přijat v bezvědomí, poskytujeme informace všem osobám blízkým.“*

T: **Jakým způsobem je ověřováno, že se jedná o osoby blízké pacientovi?** *„Rodina, která se dostaví na návštěvu, zná podrobnější informace o pacientovi jako třeba rodné číslo, adresu bydliště, žádný doklad nám rodina nepředkládá.“*

Sestra 3: *„Rodině věříme a většinou jsou vystrašení, již zjevně jde vidět, jak jich situace trápí, znají jméno a podrobnosti o pacientovi, ale samozřejmě správně by jsme měli, při osobním kontaktu ověřit totožnost. V případě, že se jedná o telefonický kontakt, nejčastěji je příbuzný informován lékařem o obecných informacích a poté je vyzván k osobní návštěvě.“*

Sestra 4: *„Po telefonu informace neposkytujeme.“*

Sestra 5: *„Po telefonu poskytuje informaci lékař, ale rodině, kterou již zná a pozná po hlase.“*

T: **Myslíte si, že je to věrohodné, poskytovat informace dle toho, zda je lékaři povědomý hlas některého z členů rodiny**

„Zatím v této souvislosti nenastala problémová situace.“

T: **Informace o zdravotním stavu jsou poskytnuty všem rodinným příslušníkům nebo se určuje jeden člen z rodiny?** *„Všem z rodiny, kdo si o informace požádá.“*

Sestra 6: *„Lékaři poskytují i informace po telefonu. Nevyužíváme žádných hesel, ale volající řekne nějaké konkrétní údaje o pacientovi, nebo ho již pozná lékař po hlase, pokud se jedná o příbuzného, se kterým jsme často také v osobním kontaktu.“*

T: **Informace o zdravotním stavu jsou poskytnuty všem rodinným příslušníkům nebo se určuje jeden člen z rodiny?**

„Poskytujeme všem členům rodiny stejné informace.“

Sestra 7: *„Pacienti do dokumentu informovaného souhlasu udávají heslo pro komunikaci, při podávání informací po telefonu. Informace po e-mailu nepodáváme.“*

T: Informace o zdravotním stavu jsou poskytnuty všem rodinným příslušníkům nebo se určuje jeden člen z rodiny?

„Informace jsou poskytnuty osobě, která je uvedena v informovaném souhlasu s hospitalizací, tzn. pacient zde sám uvede, komu smí být informace o jeho zdravotním stavu poskytnuty.“

Sestra 8: *„Heslem pro komunikaci, které znají pouze osob, které pacient určí. Ověřován je, ale v povinnosti lékaře.“*

T: Informace o zdravotním stavu jsou poskytnuty všem rodinným příslušníkům nebo se určuje jeden člen z rodiny?

„Informace jsou poskytnuty osobě, která je uvedena v dokumentu informovaný souhlas s hospitalizací tzn. pacient zde uvede komu smí být informace poskytnuty o jeho zdravotním stavu.“

T: Ano, ale pokud je pacient přijat již v bezvědomí má nárok na informace osoba blízká, v této situaci se informace o zdravotním stavu poskytují všem blízkým osobám nebo se určuje jeden člen z rodiny.

„V tomto případě všem osobám blízkým.“

Sestra 9: *„Prostřednictvím předem stanoveného hesla pro komunikaci.“*

T: Informace o zdravotním stavu jsou poskytnuty všem rodinným příslušníkům nebo se určuje jeden člen z rodiny? *„Všem členům rodiny, pokud je pacient při vědomí a souhlasí.“*

8 Diskuse

Diplomová práce byla zaměřena na problematiku komunikace a vzájemné spolupráce sester s rodinnými příslušníky hospitalizovaných pacientů v prostředí intenzivní a resuscitační péče. Cílem kvalitativně uskutečněné studie (interview) bylo zmapovat pohled nelékařského zdravotnického personálu a to sester, na proces komunikace a vzájemné spolupráce s rodinnými příslušníky pacientů, hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče. Snahou bylo taktéž zvyšovat odbornou způsobilost sester působících v oblasti intenzivní péče, a přispět ke zkvalitnění efektivní komunikace, spolupráce a kontaktu sester s příbuznými, rodinnými příslušníky hospitalizovaných pacientů.

V české odborné literatuře z oblasti intenzivní péče bylo k této problematice publikováno doposud minimum odborných prací. Dostupné české zdroje se věnují problematice rodinných příslušníků v prostředí intenzivní péče velmi okrajově a jsou ve většině pouze zmíněny v podkapitolách titulů, které jsem prostudovala a to z oblasti psychologie, nikoli však ošetrovatelství.

Limitem této provedené studie byl poměrně nízký počet informantů, zařazených do výzkumu ($n=9$). Metoda vzorku sociálních kontaktů probíhala technikou sněhové koule, kdy jsem nejprve oslovila vlastní sociální kontakty. Klíčovým termínem ve sběru dat byl pojem teoretická saturace, kdy jsem při sběru a analýze dat došla k závěru, že další data pro výsledek analýzy nepředstavují nic nového a ani nepřinášejí žádný další podstatný přínos, v tomto okamžiku jsem celý proces získávání dat ukončila. Z výsledků šetření vyplynuly tři pracoviště, ve kterých byly účasti jednotlivé informantky provádějící svou profesi v daném prostředí, a jednotlivá pracoviště jsou svým vzorkem specifická. Jednalo se o ARO, JIP a nově vzniklého zařízení DIOP. Následná analýza dat a zpracování se držela členění a nesourodosti jednotlivých pracovišť, díky kterým se dospělo k poměrně rozdílným výsledkům.

První výzkumná otázka byla následující: *Jakou formou nejčastěji poskytují sestry informace, související s režimem a chodem oddělení, rodinným příslušníkům pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče v rámci vzájemné interakce a komunikace?* Forma poskytování informací z jednotlivých tří pracovišť je vždy ústní. ARO má jako jediné nejlepší strategický postup, a to i s ohledem na preventivní hygienické opatření. Rodina hospitalizovaného pacienta obdrží informační brožuru, a před samotnou návštěvou pacienta s rodinou hovoří lékař, který podrobně s příbuznými prodiskutuje zdravotní stav pacienta, zodpoví otázky, a až následně poté je rodina lékařem nebo ošetřující sestrou doprovázena k lůžku pacienta. Obdobný postup má také JIP, na kterém výzkum probíhal, ovšem tento typ oddělení nevlastní žádný informační materiál, a tak rodině musí postačit informace podané pouze ústní formou. DIOP má postup téměř opačný. I při první návštěvě je rodina ihned zavedena k lůžku pacienta, kde následuje prostor na případné dotazy, které jsou vedené nejčastěji mezi příbuznými a sestrou. Lékař s rodinou hovoří nejčastěji až před odchodem návštěvy. Sestry tohoto pracoviště to odůvodňují tím, že jsou zde hospitalizováni pacienti, jejichž zdravotní stav je chronicky stálý a rodinným příslušníkům již dobře známý. Informantům byly v souvislosti s tematikou režimových opatření položeny dvě doplňující otázky, které se týkaly domácího řádu a možností, jakými rodina může být obeznámena se jmény osob zainteresovaných na péči o hospitalizovaného pacienta. Informantky z pracoviště ARO a JIP dostatečně znají obsah domácího řádu. Jména osob podílejících se na péči, má rodina možnost vyčíst z vizitky jednotlivých zdravotnických pracovníků, a na JIP je navíc k dispozici na chodbě oddělení informační tabule se jmény osob. Dotazovaní z pracoviště DIOP neznají umístění domácího řádu ani zcela přesně jeho obsah. Rodina hospitalizovaných pacientů má možnost získat informace o osobách podílejících se na péči pouze po ústním ověření, některého ze

zdravotnických pracovníků, jelikož personál nenosí vizitky se jmény, z důvodu časté manipulace s pacientem, a vizitky dle jejich tvrzení dostatečně omezují při časté manipulaci s pacientem.

Druhou výzkumnou otázkou bylo: *Jak sestry hodnotí dostupné informační zdroje zahrnující podstatné informace pro rodinné příslušníky hospitalizovaných pacientů?* Všechny sestry z jednotlivých pracovišť se shodly na tom, že informační materiál pro příbuzné v podobě informační brožury by byl pro jejich práci i samotné rodinné příslušníky velmi efektivní. ARO má vlastní vytvořenou informační brožuru, která je rodinám hospitalizovaných pacientů vždy předkládána. Kromě telefonního kontaktu na oddělení, zde má rodina základní informace o pojmech souvisejících s léčbou, se kterými se v rámci komunikace s personálem ARO může setkat, a jsou vysvětleny laicky, pro jednodušší pochopení. Na první stránce této brožury je fotografie typického pacienta na ARO. K této fotografii je uvedena informace o tom, že je nutno, aby na oddělení tohoto typu byli pacienti pod příkrývkou bez prádla, vždy s ohledem na zachování jejich intimity a důstojnosti. Součástí brožury je také informace, jak rodina může s pacientem komunikovat nebo se ho dotýkat. Nechybí ani nabízená pomoc psychologa nebo nemocničního kaplana. Z informační brožury resuscitačního oddělení s ohledem na názory sester tohoto pracoviště lze konstatovat, že je na dostačující úrovni. Jediná nevýhoda, kterou spatřuji já, stejně tak sestry pracoviště, je uvedená informace o regulačních poplatcích, která již není aktuální, spolu s možností, jak rodina může podpořit oddělení formou sponzorských darů, tato informace je uvedena na úvodní stránce letáku, a nemyslím si, že je to pro rodinu v tu chvíli nepostradatelná informace, která by měla být součástí tohoto informačního letáku. Informace na webových stránkách kliniky jsou pouze minimální, s uvedeným číslem na oddělení, společně se jmény lékařů a sester, vedoucích funkcí. DIOP nevlastní žádnou informační brožuru. Rodina při vstupu na oddělení má možnost prostřednictvím nástěnky, uvedené u vstupu, získat informace o bazální stimulaci, která je u pacientů vedena a dále upřesnění potřebných věcech, které lze pacientovi přinést. Při první návštěvě se rodinou pacienta nechává vyplnit bibliografický dotazník, zahrnující informace ohledně pacientových rituálů, zvyklostí, oblíbených činností. Informace na webových stránkách pro rodinu nejsou uvedeny, je zde k dispozici pouze číslo na oddělení. Personál sester hodnotí dostupné informační materiály pro příbuzné jako dostačující, a navrhovaný vytvořený informační leták, přikládají s výhodou spíše pro lůžka akutní péče. Myslím si, že charakter informací na DIOP, je na dostačující úrovni pro rodiny pacientů, kteří skutečně dobře znají chronický pacientův zdravotní stav, avšak s ohledem nato, že zařízení tohoto typu je v provozu páru let, čekala bych propracovanější dostupné informační materiály, a nemyslím si, že každý z rodinných příslušníků je již smířen se zdravotním stavem pacienta, a nedožaduje se podrobnějších informací například o charakteristice oboru, ve kterém je blízká osoba hospitalizována. Oddělení JIP nemá žádný informační materiál a příbuzní mohou získat informace pouze při osobní návštěvě oddělení, od zdravotnických pracovníků. Personál sester tohoto oddělení, by uvítalo informační leták, kde by byly zahrnuty informace především o možných věcech, které lze pacientovi přinést, jelikož je to nejčastější dotaz příbuzných na personál sester. Návštěvní dobu má každé pracoviště pevně stanovenou, ale dle domluvy jednotlivá pracoviště tolerují návštěvy v jinou než pevně stanovenou. Striktní zákaz návštěv dětí má ARO, což hodnotím příznivě. Zbylé dvě pracoviště akceptují po dohodě, a svolení ošetřujícího nebo vedoucího lékaře, taktéž návštěvy dětí. Na základě tohoto zjištění od jednotlivých informantek považuji tento postup v prostředí DIOP jako optimální, jelikož zdravotní stavy těchto pacientů je rodinám často znám, a stejně tak i dětem, protože se zde vyskytují pacienti, kteří před hospitalizací byli umístěni v domácím prostředí, za podpory přístrojů a dostatečné edukace příbuzných, a jejich vzhled i stav je dětem především staršího věku znám.

(DVO č. 3) Jak se mění charakter spolupráce sester s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče v souvislosti s délkou a četností návštěv rodinných

příslušníků hospitalizovaného pacienta? Jednotlivé informantky spatřují rozdíl ve spolupráci s příbuznými, s ohledem na časovou délku hospitalizace a vkládají velký důraz také na prvotní dojem a dobře navozenou spolupráci. Sestry jednotlivých pracovišť se shodly na skutečnosti, že pro kvalitní spolupráci a dobře vedenou komunikaci je podstatné delší časové období. DIOP má proto nejvíce otevřený, kvalitně vedený vztah s příbuznými, což je dáno právě délkou dlouhodobé spolupráce. Tu však může ovlivnit náhlé změněný zdravotní stav pacienta, a poté nastává situace zcela opačná. Příbuzní jsou v podstatě více smíření se zdravotním stavem hospitalizovaného pacienta, než-li rodinní příslušníci pacientů z prostředí ARO či JIP, a dostatečně nepředpokládají zdravotní stavy, které se mohou intenzivně měnit, jako tomu je na lůžkách akutní péče, a proto se rodina také hůře vypořádává s náhle vzniklou změnou zdravotního stavu pacienta.

(DVO č. 4) V jakých oblastech zapojují sestry rodinné příslušníky pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče do péče? Snahou personálu sester jednotlivých pracovišť je zapojit příbuzné do vzájemné spolupráce a souhry, do jaké míry a v jakých oblastech se liší dle typu jednotlivých pracovišť. ARO i přes svou intenzivní péči neopomíná rodinné příslušníky, a každého jednotlivého člena rodiny informuje především o možnostech, jak s pacientem komunikovat a dotýkat se ho. Rodině pacienta se dává vyplnit obdobný bibliografický dotazník jako u DIIOP, zde tuto činnost vykonávají pracovníci fyzioterapie. DIOP navozuje aktivně spolupráci s příbuznými, a to i v úkonech rozsáhlejších, jako je krmení pacienta, dopomoc při hygieně, odsávání z dýchacích cest, ošetřování ran, často jsou rodiny pacientů již poučeni z předchozího zdravotnického zařízení nebo agentur domácí péče. Na jednotkách intenzivní péče je dopomoc obdobná jako na ARO.

(DVO č. 5, 6) Které situace, v souvislosti s interakcí a vzájemnou komunikací s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče, posuzují sestry jako komunikačně nejsložitější? Jaké efektivní vzdělávací potřeby v oblasti komunikace s rodinnými příslušníky sestry považují účelné pro svou praxi v intenzivní péči?

Komunikačně náročné situace v souvislosti se zdravotním stavem hospitalizovaného pacienta, lze hodnotit jako nejvíce složitou součást vzájemné interakce s rodinami hospitalizovaných pacientů, a to i u personálu s mnohaletou praxí. Z výzkumu ze zahraničí vyplývá naprosto totožné tvrzení. Autorka tohoto výzkumu (Kurian, 2014) zjišťovala pohled sester na problematiku umírání, jejich role, podpora a zájem o vzdělávání v souvislosti s komunikací a podporou rodinných příslušníků zemřelých pacientů. Výsledkem bylo, že 46% procent sester nemá dostatečné vzdělání v problematice umírání pacientů, strategii přístupu a spolupráce s rodinou zemřelého, a je třeba se dále vzdělávat. Vedením této studie se získal objektivní pohled sester na jejich zkušenosti s problematikou umírání a jednání v emocionálně vypjatých situacích. Byla navržena další studie a zavedení programu vzdělávání pro sestry. V České republice dle výpovědí informantek je téměř vždy nesložitější informovat příbuzné o náhle zhoršeném zdravotním stavu. Druhou palčivou a náročnou oblastí je z pohledu sester resuscitačního oddělení, komunikace s pozůstalými. Bohužel i přes poměrně složitou problematiku, se kterou se denně potýká ošetřující personál, jsou doposud vzdělávací možnosti minimální. Sestry mohly pochytit omezené možnosti na dané téma v rámci studia na vysoké škole v předmětu psychologie. Každá z informantek by souhlasila s účastí na seminářích s tematikou komunikace s příbuznými v prostředí intenzivní péče. Pracovníci ARO by se v rámci vzdělávání zaměřili přímo na oblast komunikace s pozůstalými. Z výzkumu vyplynuly i názory na rozšíření výuky přímo na vysokých školách, která by probíhala formou modelových situací s tematikou komunikace v náročných situacích s rodinami hospitalizovaných pacientů. I přesto, že zdravotnický personál sester hodnotí vzdělávací oblasti v komunikaci a interakci s příbuznými pacientů jako nedostatečné. Z výzkumů provedených v České republice, které se zaměřují na názory rodinných příslušníků na dané oblasti a dovednosti zdravotnického personálu

jsou autorkami výzkumu (Kovandová, 2011 – Morávková – 2012 – Bláhová – 2013) hodnoceny jako dostatečně odborné a z větší části na profesionální úrovni.

(DVO č. T) Jak je z pohledu sester vnímán přístup lékařů a jejich komunikační dovednosti k rodinným příslušníkům pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče?

Prostředí intenzivní péče je charakteristické akutními stavy všech medicínských oborů. Aby péče byla co nejkomplexnější, je třeba vzájemná spolupráce jednotlivých členů zdravotnického týmu. Každý z členů týmu zaujímá své vlastní postavení, které je následně také uplatňováno v oblastech komunikace s rodinami pacientů. Jako prvním, a zároveň nejvíce podstatným členem pro navození komunikace, je lékař spolu se zdravotními sestrami. Komunikace těchto pracovníků spolu s členy rodinných příslušníků probíhá nejčastěji. Je však podstatné, aby se jednotlivý zdravotník v souvislosti s komunikací držel svých omezených kompetencí. Z toho vyplývá ověřená situace toho, že dobře odvedená komunikace lékařů s rodinami pacientů, poté ovlivní tematiku a průběh spolupráce sester s rodinnými příslušníky. Z výzkumů vyplynulo, že lékaři dostatečně a adekvátně poskytují informace příbuzným, a to i s ohledem na jejich trpělivost, toleranci, a dostatečně poskytnutý čas.

(DVO č. 8) V jakých oblastech jsou zohledňovány potřeby rodinných příslušníků, a jak je sestrami zajišťován jejich komfort v souvislosti s návštěvou hospitalizovaného pacienta v intenzivní péči? Potřeby rodinných příslušníků jsou saturovány ze stran zdravotnického personálu zcela minimálně. ARO spolu s JIP nabízí a spolupracuje s psychologickou pomocí, která je rodině aktivně nabízena. V České republice proběhl v roce 2006 – 2007 výzkum, který se zabýval zjištěním prevalence symptomů úzkosti a deprese u příbuzných pacientů v intenzivní péči. Z výsledků vyplynulo, že příznaky úzkosti jsou přítomny u 72 % příbuzných a symptomy deprese u 52 % příbuzných, což je konkrétně u deprese v porovnání se zahraničními zeměmi o 20 % více. V zahraničí na základě výzkumů byly stanoveny faktory, které výskyt symptomů úzkosti a deprese dokážou snížit. Šlo převážně o aktivně vedenou komunikaci s rodinami, poskytnutí informačních materiálů a stanovení hodnotících škál příbuzným. Výzkum provedený v České republice prokázal na 500 dotaznících prediktivní faktory, které vedou ke snížení rizika rozvoje symptomů úzkosti a deprese. Je to délka rozhovoru s příbuznými, tedy čas, po který lékaři a sestry s příbuznými hovoří. (Rusinová, 2010, str. 173). V zahraničí využívají řadu hodnotících výzkumu na potřeby a problémy rodinných příslušníků. Mým výzkumem jsem se snažila zhodnotit postoj jednotlivých sester k zavedení hodnotících nástrojů, k zjišťování potřeb příbuzných, také do praxe v České republice. Pracovníci ARO by uvítali vytvořené hodnotící nástroje i přes časovou vytíženost. Pozitivně tuto strategii hodnotí také sestry z JIP s obdobnými názory: „*Určitě by to pomohlo ke spolupráci a větší psychické pohodě ze stran rodin pacientů.*“

Názory pracovníků DIOP jsou opačné, a uplatnění v souvislosti s hodnotícími nástroji přikládají spíše pro lůžka akutní péče: „*Nevidím v tom přínos, myslím si, že na našem pracovišti jsou rodiny, většinou již smířeny se stavem pacienta.*“

Dle mého názoru by vytvoření hodnotících nástrojů pro prožívání rodinných příslušníků přispělo ke kroku, kterým by byla vytvořena odpovídající péče, a to jak pro členy rodin pacientů, tak následně také samotných pacientů.

V prostředí intenzivní medicíny jsou velmi často stavy pacientů, kteří mají vlivem orgánového, medikamentózního pozměnění vědomí, a často jim zdravotní stav neumožňuje určit osoby, které mohou být obeznámeny se zdravotním stavem hospitalizovaného pacienta. Jednotlivá pracoviště na tyto stavy pacientů pamatuje, a vždy se adekvátně drží stanovených pravidel. Velmi často jsou poskytovány informace rodinám také po telefonu, kdy je s rodinami pacientů předem stanoveno

určité heslo pro komunikaci. Oddělení DIOP se jako jediné v tomto ohledu odlišuje, a reaguje s ohledem na princip důvěry mezi personálem a rodinnými příslušníky.

Poslední výzkumnou otázku (*DVO č. 9*) jsem stanovila: *Jak sestry hodnotí na oddělení intenzivní péče vytvořené prostředí pro zajištění důvěrné komunikace s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných v prostředí intenzivní péče?*

Zajištění soukromého prostředí, pro komunikace zdravotnických pracovníků s rodinami pacientů, nejlépe zajišťuje ARO. S rodinou je rozhovor veden v uzavřené místnosti, rodina se může posadit, a je jim věnován dostatečný prostor pro vyslechnutí informací. Ve srovnání se zařízením DIOP, kdy je komunikace vedena zřídka, a nejčastěji při odchodu návštěv odůvodňují pracovníci tím, že zdravotní stav pacienta je dlouhodobě stabilní a neměnný. V prostředí JIP nejsou dostatečné prostory, kterými by bylo zajištěno jisté soukromí při komunikaci s příbuznými, a rozhovor téměř vždy probíhá na chodbě oddělení, což zdravotní personál stejně jako já, hodnotím velmi nepříznivě.

9 Závěr

Diplomová práce na téma „Rodinný příslušník pacienta v prostředí intenzivní péče“, se zaměřovala na problematiku komunikace a vzájemné interakce ze stran sester, které vykonávají odbornou profesi v prostředí intenzivní a resuscitační péče, a jsou denně v nejužším kontaktu s rodinnými příslušníky, hospitalizovaných pacientů. Sestra se společně s lékařem účastní důležitých hovorů s rodinnými příslušníky. Témata rozhovorů jsou často velmi závažná. Jedná se především o informace týkající se zdravotního stavu pacienta, průběhu onemocnění, navrhované léčby, doporučených výkonů a pravděpodobné prognózy pacientova stavu. Z toho lze soudit, že intenzivní medicína je a bude vždy založena na týmově vedené soudružnosti sester a lékařů, ovlivněná individuálními schopnostmi každého člena zdravotnického týmu, které se i díky tomu stále řadí mezi jednu z trvale nejvíce ceněných oborů.

V posledních měsících je problematickým oblastem v intenzivní péči věnována zvýšená pozornost. Tématem jsou především eutanázie, marná léčba a problematika terminální péče, ve kterých taktéž hraje významnou roli komunikace. Konkrétní a podrobnější zaměření na problematiku komunikace a interakce zdravotnického týmu s rodinnými příslušníky však nejsou ve srovnání často zkoumanou oblastí.

Podmínky rozvinutého a se zahraničními zeměmi srovnatelného farmakoterapeutického a odborného přístupu zdravotnických pracovníků v prostředí intenzivní péče bohužel nestačí. Je zapotřebí zvládnout především široce chápanou etickou stránku, dospět k novým hodnotovým systémům, které stejně tak jako pacienta v prostředí intenzivní péče budou upřednostňovat i nejbližší rodinné příslušníky.

Na podkladě prostudované literatury a výsledků výzkumu mohu konstatovat, že je nutné se problematikou komunikace s rodinnými příslušníky pacientů v intenzivní péči nadále věnovat. Lze podotknout, že ačkoliv má každá země odlišný legislativní rámec názorů v této problematice i v rámci Evropské unie, vhodné by bylo se nepochybně třeba jen inspirovat zkušenostmi ze zahraničí.

Po provedení analýzy získaných odpovědí práce jako další opatření a návrh pro praxi navrhuji, provedení obdobného výzkumu, kdy výzkumným vzorkem nebudou sestry intenzivních a resuscitačních jednotek, ale přímo rodinní příslušníci hospitalizovaných pacientů. Další efektivní návrh vnímám ve vytvoření pravidelných seminářů pro sestry intenzivních a resuscitačních jednotek na téma komunikace s rodinami pacientů, stejně tak i pozůstalými pacientů, v prostředí intenzivní a resuscitační péče. Do programu studia sester na vysokých školách bych považovala za efektivní názor jedné informantky a to, zavedení výuky s tematikou komunikace, které by se studenti učili přímo na modelových situacích.

Závěrem lze říci, že rodina sehrává významnou úlohu v otázce zdraví a nemoci jedince a oprávněně se předpokládá existence vzájemné souhry a spolupráce zdravotníků s rodinami hospitalizovaných pacientů, v prostředí intenzivní péče o to významněji. Je proto nesporná přímá souvislost mezi léčebným procesem a vlivem rodinných příslušníků v dobře vytvořených podmínkách. Musí být překonána bariéra profesionálního pojetí léčebné péče, ve které je i dnes přesto, že výjimečně, často rodina chápána jako překážející, zbytečná.

10 Seznam použité literatury:

1. ANDRYSEK, Oskar, et al. *Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. Praha: Maxdorf, c2011. 147 s. ISBN 978-807-3452-575.
2. BANING, Karla, M. *Outcomes of a comprehensive patient and family-centered care program in an Adult Intensive Care Unit: Doctor of Nursing practice* [online]. Aryzona, 2012 [cit. 2015-02-19]. Dostupné z: <http://1url.cz/Bvrk>.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva a PROKOPOVÁ, Jiřina. Potřeby nemocných jako společenský a ošetrovatelský problém. *Zdravotnická pracovnice*, 1976, Roč. 26, č. 4. ISSN: 0049-8572.
4. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Překlad Libuše Čížková. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
5. BEDNAŘÍKOVÁ, Iveta, Jaroslava KRÁLOVÁ a Alena TOBIÁŠOVÁ. *Sociální komunikace: [texty k distančnímu a kombinovanému studiu]*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, 79 s. ISBN 80-244-1357-4.
6. BIJTTEBIER, Patricia, S. VANOOST, D. DELVA, P. FERDINANDE a E. FRANS. Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive Care Medicine* [online]. 2001, vol. 27, issue 1, s. 160-165 [cit. 2015-04-27]. DOI: 10.1007/s001340000750. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s001340000750>
7. BLÁHOVÁ, Michaela. *Problematika poskytování informací v intenzivní péči* [online]. Brno, 2013 [cit. 2015-01-13]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph. D. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/326312/lf_m/
8. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011, 285 s. Sestra. ISBN 978-802-4735-573 .
9. BUŽGOVÁ, Radka, et al. Porovnání hodnotících nástrojů pro zjišťování potřeb rodinných příslušníků v paliativní péči. *Praktický lékař*. 2013, roč. 93, č. 3, s. 105-109. ISSN 0032-6739.
10. CURTIS, Randali J. Practical Guidance for Evidence-Based ICU Family Conferences. *Chest* [online]. 2008, s. 835 - 843 [cit. 2015-04-20]. DOI: 10.1378/chest.08-0235. Dostupné z: <http://1url.cz/5vQN>
11. CVACHOVEC, Karel a Vladimír ČERNÝ. *Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti*. Praha: Galén, 2007. S. 267. ISBN 978-80-7262-509-3.
12. CYNA, Allan M., et al. *Handbook of Communication in Anaesthesia and Critical Care. A practical guide to exploring the art*. Oxford: Oxford University, 2010. 288 s. ISBN 978-0-19-957728-6.
13. ČERNÁ, Hana. Potřeby hospitalizovaných nemocných. *Ošetrovatelství*, 2000, Roč. 2, č. 1/2, s. 24-31. ISSN: 1212-723X.

14. DEVITO, Joseph, A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada, 2001, 420 s. ISBN 80-716-9988-8.
15. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.
16. HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 134 s. ISBN 978-807-0135-624.
17. INSTITUTE OF MEDICINE. *Forum on the Future of Nursing: Acute Care A Summary of the October 2009*. Washington, DC: National Academies, 2010. s. 61. ISBN 978-030-9150-224.
18. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007, 99 s. ISBN 978-802-4721-507.
19. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007, 350 s. ISBN 978-802-4718-309.
20. KASAL, Eduard. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. Praha: Karolinum, 2003, 197 s. ISBN 80-246-0556-2.
21. Koncepce ošetrovatelství. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, 2004, č. 9, s. 2-6. ISSN: 1211-0868.
22. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002, 276 s. ISBN 80-725-4235-4.
23. KOTKAMP-MOTHES, Nicole, et al. Coping and psychological well being in families of elderly cancer patients. *Critical reviews in oncology/hematology*, 2005, 55.3: 213-229. Dostupné z: <http://1url.cz/4vKd>
24. KOVANDOVÁ, Petra. *Spolupráce sestry s rodinou pacienta hospitalizovaného na ARO*. [online]. České Budějovice, 2011 [cit. 2015-02-13]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Andrea Hudáčková. Dostupné z: <http://1url.cz/MvXA>
25. KURIAN, Mary J., Sulata DANIEL, Andrea JAMES, Colleen JAMES, Leela JOSEPH, Ann T. MALECHA, Ellen McCorquodale MARTIN a JoAnn M. MICK. Intensive Care Registered Nurses' Role in Bereavement Support. *Journal of Hospice* [online]. 2014, vol. 16, issue 1, s. 31-39 [cit. 2015-04-27]. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000018. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>
26. KUTNOHORSKÁ, Jana a Magda ŠKRLOVÁ. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3.
27. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.

28. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.
29. LOGHMANI, Laleh, et. al. Factors Affecting the Nurse-Patients' Family Communication in Intensive Care Unit of Kerman: a Qualitative Study. *Journal of Caring Science* [online]. 2013, roč. 3, č. 1, s. 67 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://1url.cz/ovQt>
30. MACKOVÁ, Marie. Komunikace s umírajícími a pozůstalými. In: *Sborník celostátního kongresu XI. Gerontologické dny Ostrava*. Ostrava: DTO CZ, s.r.o., 2007. s. 50-51. ISBN 978-80-02-01967-1.
31. McCANN, Damhnat, et. al. Effectiveness of a tool to improve role negotiation and communication between parents and nurses. *Paediatric Nursing* [online]. 2008, roč. 20, č. 5, s. 9-14 [cit. 2015-04-20]. DOI: 218894308. Dostupné z: <http://1url.cz/fve7>
32. MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. 5., přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014, 140 s. ISBN 978-80-7013-559-4.
33. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
34. MORÁVKOVÁ, Tereza. *Psychická podpora a komunikace s rodinou novorozence na ARO, JIP* [online]. Praha, 2012 [cit. 2015-02-13]. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Alena Mellanová. Dostupné z: <http://1url.cz/BvX9>
35. MURPHY, PA, et. al. Empathy of intensive care nurses and critical care family needs assessment. *Heart & lung : the journal of critical care: Journal Article, Review* [online]. 1992, roč. 21, s. 25 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://1url.cz/hve6>
36. NOVÁČEK, Jiří. Anestezie a intenzivní medicína se dynamicky rozvíjejí. *Nemocniční listy*. 2011, s. 27-29. ISSN 1802-0224.
37. *Nový občanský zákoník: zákon č. 89/2012 Sb. ze dne 3. února 2012*. Praha: Ústav práva a právní vědy, 2014, 320 s. Právo a management. ISBN 978-80-87974-01-8.
38. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
39. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přepr. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007, 100 s. ISBN 978-807-0134-665.
40. POKORNÝ, Jiří, Jaroslava KRÁLOVÁ a Alena TOBIÁŠOVÁ. *Urgentní medicína: [texty k distančnímu a kombinovanému studiu]*. Praha: Galén, 2004, 547 s. ISBN 80-726-2259-5.
41. PROŠKOVÁ, Eva. Zacházení s osobními údaji v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. *Interní medicína pro praxi*, 2012, roč. 14, č. 4, s. 182-185. ISSN: 1212-7299.

42. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-802-4739-762.
43. RILEY, Bettina H, et. al. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *American journal of critical care* [online]. 2014, roč. 23, s. 316 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://1url.cz/Nvem>
44. RUSINOVA, Katerina, Jaromir KUKAL, Jiri SIMEK a Vladimir CERNY. Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives – the DEPRESS study. *BMC Psychiatry* [online]. 2014, vol. 14, issue 1, s. 21- [cit. 2015-04-27]. DOI: 10.1186/1471-244X-14-21. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/21>
45. RUSINOVÁ, Kateřina. Svědectví o doprovázení rodiny umírajícího pacienta v resuscitační péči: Kazuistika. *Psychosom* [online]. 2010, roč. 8, č. 3, s. 165–175 [cit. 2015-01-13]. ISSN 1214-6102. Dostupné z: <http://1url.cz/hIYG>
46. *Sestra a urgentní stavy*. Překlad Libuše Čížková. Praha: Grada, 2008, 549 s. ISBN 978-802-4725-482.
47. SHEAFFER, Heather. *The Met and Unmet Needs of Families of Patients in the ICU and Implications for Social Work Practice* [online]. Pennsylvanie, 2010 [cit. 2015-03-19]. Doctorate in Social Work (DSW) Dissertations. Dostupné z: <http://1url.cz/Bvrk>.
48. SOLTNER, Christophe, et al. Written information that relatives of adult intensive care unit patients would like to receive – A comparison to published recommendations and opinion of staff members. *Critical Care Medicine*. 2009, roč. 37, č. 7, s. 2197-2202. ISSN 0090-3493.
49. STAYT, Louise Caroline. Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2007, vol. 57, issue 6, s. 623-630 [cit. 2015-04-27]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04143.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2006.04143.x>
50. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
51. ŠERFELOVÁ, Radka. Hodnotenie záťaže a kvality života rodín v paliatívnej starostlivosti. *Profese on-line*, 2011, roč. 4, č. 1, s. 29-32. ISSN: 1803-4330.
52. ŠEVČÍK, PAVEL, et al. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozšíř. vyd. Praha : Galén, 2014, 1195 s. ISBN: 978-80-7492-066-0.
53. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008, 199 s. ISBN 978-802-4726-168.

54. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Jaroslava KRÁLOVÁ a Alena TOBIÁŠOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-807-2625-994.
55. TĚŠINOVÁ, Jolana. Ochrana soukromí a poskytování informací ve zdravotnictví. *Praktická gynekologie*, 2013, roč. 17, č. 3, s. 252-254. ISSN: 1211-6645.
56. TÓTHOVÁ, Valérie, Eva PROŠKOVÁ a Sylva BÁRTLOVÁ. Uplatnění komunitní sestry v českém zdravotnictví: Předpoklady a překážky. *Zdravotnictví v ČR* [online]. 2010, roč. 13, č. 4, s. 128–133 [cit. 2015-02-24]. ISSN 1213-6050. Dostupné z: <http://1url.cz/jlY1>
57. TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: [texty k distančnímu a kombinovanému studiu]*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 79 s. ISBN 978-807-0133-248.
58. UHEREK, Pavel. *Povinná mlčenlivost v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb*. Praha: Wolters Kluwer, 2014. 214 s. ISBN 978-80-7478-476-7.
59. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.
60. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
61. VENGLÁŘOVÁ, Martina, Gabriela MAHROVÁ, Věra ČECHOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry: pro sestry všech oborů*. 5., přeprac. vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 140 s. ISBN 978-802-4712-628.
62. VERHAEGHE, Sofie, Tom DEFLOOR, VAN ZUUREN, Mia DUIJNSTEE a Mieke GRYPDONCK. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2005, vol. 14, issue 4 [cit. 2015-04-27]. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.01081.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2004.01081.x>
63. VONDRÁČEK, Lubomír. Intenzivní medicína a její některé současné právní problémy. *Postgraduální medicína*, 2008, roč. 10, č. 5, s. 501-504. ISSN: 1212-4184.
64. VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada, 2008. 322 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
65. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Překlad Libuše Čížková. Praha: Portál, 2003, 397 s. ISBN 80-717-8740-X.
66. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007, 229 s. Sestra. ISBN 9788024720685.

67. Zákon č. 372/2011 Sb., o zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
68. Zákon č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
69. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povoláních a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.
70. ZATLOUKAL, Leoš. *Komunikace v rodinách z hlediska vybraných přístupů v poradenství a terapii*. Překlad Libuše Čížková. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 190 s. Sestra. ISBN 978-80-244-3878-8.

